

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



นางสาวแสงรวี มณีศรี

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองกาญจน์ สังกาศ,

Ph.D. (Education)

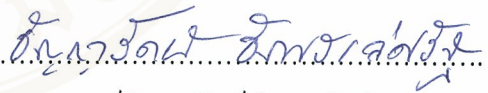
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์คณิงนิง พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ชัยญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,

MD, Dr med. (ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2553

นางสาวแสงวิมณีสรี

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรณ ศรียุคศุทธ,

D.S.N

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองกาญจน์ สังกาศ,

Ph.D. (Education)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ก้องนิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นางปิยะธิดา จิงสมาน,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคไต

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ชัยยุทธรัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,

MD, Dr.med. (ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองกาญจน์ สังกาศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธัญญรัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา รวมทั้งให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุคศุทธ และแพทย์หญิง ปิยะธิดา จิงสมาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไตโรงพยาบาลราชวิถีทุกท่าน โดยเฉพาะ นายแพทย์ บุญธรรม จิระจันทร์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในทุกๆด้าน ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนเฉลิมพระเกียรติฯ 60 ปี ครองราชย์สมบัติให้เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรปริญญาโท

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่เฝ้ากำลังใจและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดจนเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รหัส 50 ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อนๆ และบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

แสงรวี มณีสรี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

แสงรวี มณีศรี 5036825 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กรองกาญจน์ สังกาศ, Ph.D. (Education), คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D.

(Nursing), ชัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, M.D., Dr med. (ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีสามัญานิก ของ Leventhal และคณะ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 109 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2552 โดยใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 4) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.3 ปี ร้อยละ 54.1 เป็นเพศชาย มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2, 3 และ 4 (ร้อยละ 3.7 ร้อยละ 47.7 และ 48.6 ตามลำดับ) อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 33.84 มล./นาที/ 1.73 ตารางเมตร และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 79, SD = 14.56) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .317, p < .01, r = .558, p < .001$ และ $r = .234, p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 ($R^2 = .350, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าพยาบาล แพทย์ นักโภชนาการ และเภสัชกร ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้นมิตบพาทสำคัญในการควบคุมการดำเนินของโรค

คำสำคัญ: ทฤษฎีสามัญานิก / การรับรู้การเจ็บป่วย/ การตอบสนองทางอารมณ์ / พฤติกรรมการจัดการตนเอง / โรคไตเรื้อรัง

FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE**SANGRAWEE MANEESRI 5036825 NSAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: KRONGKARN SANGKARD, RN., Ph.D.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, RN., Ph.D.,
TANYARAT TEERAPORNLERTRAT, M.D. Dr med.****ABSTRACT**

This descriptive research aimed to study the factors influencing self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. The common sense model of Leventhal and colleagues was used as a conceptual framework for this study. The sample included 109 patients with chronic kidney disease (stage 2 – 4), who were followed-up at the outpatient medical department and renal disease clinic at Rajvithi Hospital. The data were collected from July to October, 2009 using 4 questionnaires: 1) the personal data questionnaire, 2) the illness perception of chronic kidney disease questionnaire, 3) the self-management behaviors of chronic kidney disease questionnaire and 4) the Thai mental state examination (TMSE). The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and the multiple regression technique.

The findings of the present study show a mean age of 61.3 years and 54.1% were male. The severity of the illness at stages 2, 3 and 4 was 3.7%, 47.7% and 48.6%, respectively. The mean glomerular filtration rate (GFR) 33.84 ml/min/1.73 m² and the mean of self-management behaviors score was at a moderate level (Mean = 79, SD = 14.56). The result of Pearson's product moment correlation coefficient analysis showed a significantly positive correlation between cause, controllability or curability, consequence and self-management behaviors in chronic kidney disease patients ($r = .317, p < .01, r = .558, p < .001$ and $r = .234, p < .05$, respectively). The results of the multiple regression analysis demonstrated that illness representations: identity, cause, timeline, controllability or curability, consequence and emotional representations were able to predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients by about 35% ($R^2 = .350, p < .001$).

Based on the study's findings, the recommendations are that nurses, doctors, nutritionists and pharmacists emphasize the appropriate information to improve patients's perception of their illness, especially perception of controllability or curability and self-management behaviors that are important to controlling the progression of chronic kidney disease.

**KEY WORDS: THE COMMON SENSE MODEL / ILLNESS REPRESENTATION /
EMOTIONAL REPRESENTATION / SELF-MANAGEMENT
BEHAVIORS / CHRONIC KIDNEY DISEASE**

156 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคไตเรื้อรัง	13
ทฤษฎีสามัญญสำนึก (The Common Sense Model)	20
แนวทางการจัดการตนเอง	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	48
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 อภิปราย	67
บทที่ 6 บทสรุป	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	105
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	133
ประวัติผู้วิจัย	156

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง	14
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	51
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย	53
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การมีอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่าง	57
5	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง	58
6	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	59
7	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	60
8	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	61
9	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	62
10	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการตอบสนองทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
11	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	63
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง	64
13	การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง	65
14	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย	143

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	Histogram of residuals	154
2	Normal Probability Plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residual)	154
3	Scatter plot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความ คลาดเคลื่อนมาตรฐาน	155

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2 กรอบทฤษฎีสามัญสำนึก (The common sense model)	21



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ยากเนื่องจากไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างช้าๆ แต่ถาวร อัตราการกรองจะลดลงพร้อมกับเนื้อไตที่ลดจำนวนลงจนสุดท้ายไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) มูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation: NKF) ได้กำหนดการเรียกชื่อ โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) แทนคำว่า โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) ซึ่งใช้กันมานานให้เหมือนกันทั่วโลก เนื่องจากสื่อความหมายให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้ดีกว่า ทำให้สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตที่มีโอกาสเกิดการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยที่ผู้ป่วยยังคงมีการทำงานของไตปกติอยู่ (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) และได้แบ่งความรุนแรงในการดำเนินโรคออกเป็น 5 ระยะ ตามค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: GFR) เพื่อความเหมาะสมในการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค โดยระยะที่ 1 และ 2 เป็นระยะที่มีเพียงตัวบ่งชี้ว่าเกิดความเสียหายกับไต แต่อัตราการกรองของไตยังปกติ ($GFR > 90$ มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) หรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย ($GFR 60-89$ มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) ระยะที่ 3 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง ($GFR 30-59$ มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) ระยะที่ 4 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไตลดลงอย่างรุนแรง ($GFR 15-29$ มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) และระยะที่ 5 เป็นระยะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ จนเกิดภาวะไตวาย ($GFR < 15$ มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) (NKF, 2002)

จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 7.2 ในประชาชนอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และร้อยละ 23.4 ถึง 35.8 ในประชาชนอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไป (Zhang & Rothenbacher, 2008) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 จำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 19.2 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2003 เพิ่มขึ้นเป็น 26 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2007 โดยจำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 1.8 ระยะที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 3.2 ระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 7.7

และระยะที่ 4 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.21 เป็นร้อยละ 0.35 (Coresh, Astor, Greene, Eknoyan, & Levey, 2003; Coresh et al., 2007)

จากผลการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ในประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,117 ราย พบว่าร้อยละ 8.1 อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 0.2 อยู่ในระยะที่ 4 และร้อยละ 0.15 อยู่ในระยะที่ 5 (Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsa, & Aekplakorn, 2009) ซึ่งในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และแม้ผู้ที่ทราบก็ไม่ได้ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงสามารถคาดหมายได้ว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจะต้องมีจำนวน เพิ่มขึ้นมากอย่างแน่นอนในอนาคตอันใกล้ (ทวี ศิริวงศ์, 2550) ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมหาศาล ไม่ต่ำกว่าปีละ 3,600 ล้านบาท โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธี บำบัดทดแทนไต (ลิณา องอาจยุทธ, 2550) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14 ของงบประมาณสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 (วิรัตน์ ทองรอด, 2547) ด้วยงบประมาณอันจำกัดและฐานะทางเศรษฐกิจในขณะนี้ ประเทศไทยไม่สามารถที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม ไม่ว่าในปัจจุบัน หรืออนาคต (ทวี ศิริวงศ์, 2548) ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติที่แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควร ตระหนักถึงความสำคัญ และควรหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

เมื่ออัตราการกรองของไตลดลง จะทำให้เกิดความผิดปกติของหน้าที่ในการกำจัดของเสีย หน้าที่ในการรักษาสสมดุลน้ำ เกลือแร่และกรดต่างของร่างกาย ควบคุมความดันโลหิต และหน้าที่ของ ต่อมไร้ท่อ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตตร จิตตินันท์, 2549) ทำให้เกิดการคั่งของเกลือ กรด น้ำในร่างกาย รวมทั้งของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารโปรตีน และหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมน บางชนิดก็ผิดปกติไปด้วย จึงทำให้เกิดอาการแสดงหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ขาดสมาธิในการทำงาน อ่อนเพลีย ซีด บวมที่หน้าและขา หายใจหอบลึก ชาปลายมือปลายเท้า เป็นตะคริว คันตามตัว ตามัว เลือดออกที่ผิวหนัง ตามไรฟันและทางเดินอาหาร ในระยะท้ายมีอาการซึม ชัก หหมดสติ (สุมาลี นิมนานนิตย์, เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์, ทวี ชาญชัยรุจิรา ลิณา องอาจยุทธ และสง่า นิลวรางกูร, 2549) และอาจเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัด ทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การจักษของเสีย ทางเยื่อ บุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) และแม้ว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจะได้รับการรักษาด้วยการบำบัด ทดแทนไตแล้วก็ตาม แต่ด้วยความรู้แรงของโรคและแผนการรักษาที่ซับซ้อน โรคไตเรื้อรังก็ยัง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงถึงระดับต่ำ (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Timmers et al., 2008)

โรคไตเรื้อรังนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาด และไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของไตให้ดีขึ้นได้ การดูแลรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการชะลอการเสื่อมของไต ไม่ให้โรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ช่วยลดความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเองทั้งสิ้น ดังนั้นกลยุทธ์ที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งหมายถึง ความพยายามของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ ลดการใช้ยา ลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต (Curtin & Mapes, 2001) โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการตนเองในทุกๆ วัน แพทย์ พยาบาลจะเป็นเพียงผู้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการตัดสินใจแก้ปัญหา และส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002; Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005) นอกจากนั้นยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยจัดระบบการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ หรือเภสัชกร และดึงผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา โดยที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Adherence) ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Costantini, 2006; Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005; Richard, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมทั้งในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำ คือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดในเรื่องการควบคุมอาหารและการจำกัดน้ำสูงถึงร้อยละ 81.4 และร้อยละ 74.6 ตามลำดับ (Kugler, Vlamincx, Haverich, & Maes, 2005) โดยมีการรับประทานน้ำมากเกินไปที่กำหนดคือ ไม่ได้ดื่มน้ำแฉะก้วยเดียว นมหรือไอวาลดิน มากเกินไปในปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน การปรุงอาหารโดยเค็มรสเปรี้ยวหรือหวานเพิ่ม การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น ไม่มีการจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ (อัมภวรรณ ใจเป็ย, 2543) ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมและฟอสเฟตในเลือดสูง รวมทั้งทำให้การควบคุมโรคร่วมทำได้ยากขึ้น (Burrows, 2008)

โรคไตเรื้อรังมักมีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากมายทั้งจากตัวโรคไตเรื้อรังและจากโรคร่วม เช่น ภาวะฟอสเฟต

ในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิซึม ภาวะน้ำเกิน ภาวะโลหิตจาง และความดันโลหิตสูง จึงทำให้ต้องรับประทานยาชนิดและเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งผู้ป่วยอาจมีการเสื่อมด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ จึงทำให้เสี่ยงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น มีการเลือกใช้ยาไม่ สมเหตุสมผลร้อยละ 52.2 มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 25 มี พฤติกรรม การรับประทานยาไม่ถูกต้องร้อยละ 18.9 (สุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด้านเดชา, 2549) และ ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาร้อยละ 36.9 (Moreira et al., 2008) จากสาเหตุดังกล่าวมีผลทำ ให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้โรคได้มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้

ดังนั้นการที่จะพัฒนาวิธีการช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการ ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นจะต้องทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษามีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ซึ่งปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (อุบล จิบสมานบุญ, 2544; Curtin et al., 2008; Methakanjanasak, 2005; Sa-Ngakul, 2006) การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และ การสนับสนุนทางสังคม (Methakanjanasak, 2005; O'Connor, Jardine, & Millar, 2008) แต่ยังไม่ พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่ง เป็นระยะที่ต้องรักษาแบบประคับประคองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยการรักษาด้วยยา การ ควบคุมอาหารและจำกัดน้ำเท่านั้น แต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจจะมีอาการของโรคที่ไม่รุนแรง และมีแผนการรักษาที่ไม่ซับซ้อนเท่ากับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย แต่ถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปฏิบัติตนที่บกพร่องจะทำให้อัตราการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเข้าสู่ ภาวะไตวายระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) และการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ภายใต้กรอบทฤษฎี สามัญสำนึก (The Common Sense Model) ของ Leventhal และคณะ เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบาย กระบวนการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย กล่าวคือเมื่อบุคคลถูกคุกคามจากภาวะความ เจ็บป่วยจะมีการสร้างภาพตัวแทนความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แบบ คือการรับรู้ความเจ็บป่วยและ การตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งจะเกิดควบคู่กันเป็นกระบวนการคู่ขนาน และการรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) 2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) 3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) 4) การรับรู้

ผลที่เกิดตามมาจากอาการเจ็บป่วย (Consequence) และ 5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาอาการเจ็บป่วย (Controllability/Curability) (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003) ทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ การวางแผนการกระทำ การตัดสินใจแก้ปัญหา และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วย (Cameron, 2003; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Ogden, 1996)

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีอาการแสดงแปลว่าโรคหายขาดเป็นแรงจูงใจด้านลบที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหารและหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคนี้ถึงจะไม่มีอาการก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การปฏิบัติตามคำแนะนำโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องก็จะทำให้โรคนี้ชะลอความรุนแรง การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากอาการเจ็บป่วยไม่ถูกต้องว่าโรคไตเรื้อรังไม่มีความรุนแรง ทำให้ไม่เข้มงวดในการรับประทานอาหารมากนักและมีการควบคุมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีคือ บางคนเปลี่ยนประเภทของการรับประทานเกลือและโซเดียมแต่ปริมาณเท่าเดิม หรือผู้ป่วยบางคนไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเลย ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงจะมีส่วนกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี (ศศิธร ชำนาญผล, 2542; Costantini et al., 2008)

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ในช่วงต้นคือจะรู้สึกว่าการกิจกรรมต่างๆในชีวิตต้องหยุดหรือมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งถ้าเป็นโรคที่ไม่เรื้อรังความรู้สึกนี้จะหมดไปได้ในระยะเวลาอันสั้นเมื่ออาการของโรคหายไป แต่ในโรคเรื้อรังความรู้สึกเป็นทุกข์จะดำเนินไปเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกปฏิเสธและไม่ยอมรับการเจ็บป่วยเกิดความวิตกกังวลจนในที่สุดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (สร้อย กอสนาน, 2547) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะแรกๆมักจะพบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปฏิเสธการเจ็บป่วย รู้สึกกลัว และรู้สึกโกรธ (Velez & Ramasco, 2006) แต่ในระยะท้ายๆโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าสูง (Cukor et al., 2007; Jadoulle, Hoyois, & Jadoul, 2005) ซึ่งความวิตกกังวลที่สูงนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (Lai et al., 2005; Mollaoglu, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) โรคความดันโลหิตสูง

(Hekler et al., 2008) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (Reynolds et al., 2007) และผู้ป่วยจิตเภท (Rungruangsiripan, 2009) ในโรคไตเรื้อรังพบ 2 รายงานการศึกษาคือ การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของ นงลักษณ์ เมธากัญจนาศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) มีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของ O'Connor และคณะ (2008) โดยใช้กรอบทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) และการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) สามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร และการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์จึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้พยาบาลเข้าใจว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร รวมทั้งมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยอย่างไร และปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรม自我管理ได้หรือไม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้พยาบาลจะนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม自我管理ให้เหมาะสม สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอุบัติการณ์การเกิดไตวายระยะสุดท้ายได้

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม หรือรักษาความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
2. การตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

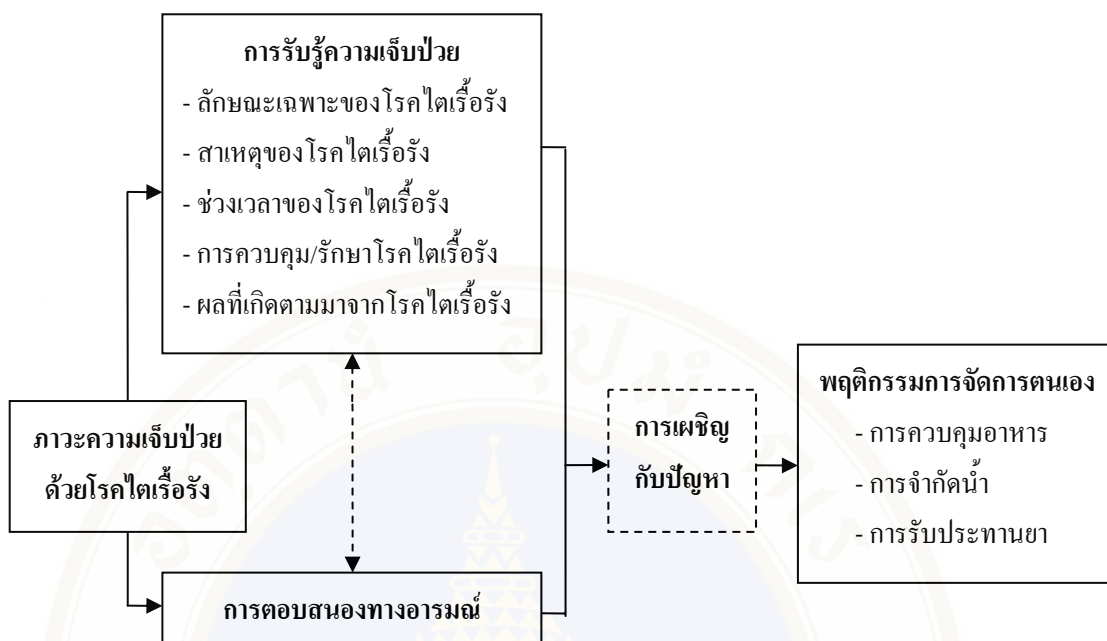
การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีสามัญสำนึก (The Common Sense Model) ของ Leventhal และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายกระบวนการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วยจะมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์การมีอาการของตนเองและความรู้สึกที่มีต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจากบริบทของวัฒนธรรมและสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ เช่น การบอกเล่าจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือจากสื่อต่างๆ หลังจากนั้นบุคคลจะมีการสร้างภาพตัวแทนความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แบบ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) และการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ซึ่งจะเกิดควบคู่กันเป็นกระบวนการคู่ขนาน (Parallel processing) อย่างเป็นพลวัตร

การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) 2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) 3) การรับรู้

ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) 4) การรับรู้ความสามารถในควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/ Curability) และ 5) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย (Consequences)

ทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นตัวนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะเผชิญกับปัญหา (Coping) อย่างไร หลังจากนั้นบุคคลจะมีการประเมิน (Appraisal) วิธีการเผชิญกับปัญหาที่นำไปใช้ว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการหรือไม่ ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเมื่อเกิดปัญหาขึ้นอีกก็จะใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบเดิม แต่ถ้าไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการก็จะเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบอื่นแทน ดังนั้นทฤษฎีสามัญลักษณ์จึงเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีความต่อเนื่อง มีการประเมินผลย้อนกลับในแต่ละระยะของกระบวนการ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากเดิม (Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003; Reynolds & Alonzo, 2000)

ในการศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 โดยศึกษาว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างไร ทั้งลักษณะเฉพาะของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ช่วงเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง การควบคุมหรือรักษาโรคไตเรื้อรัง ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และศึกษาว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อโรคไตเรื้อรังอย่างไร รวมทั้งศึกษาผลของการเผชิญกับปัญหาว่า ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วยอย่างไร โดยประเมินในรูปของพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 พฤติกรรมคือ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

1. **พฤติกรรมจัดการตนเอง** หมายถึง ความพยายามของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ ลดการใช้ยา และลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต (Curtin & Mapes, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและเคร่งครัดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งประกอบด้วย 3 พฤติกรรมคือ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา วัดด้วยแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวาย

ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (Krongyuth, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ

2. การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) หมายถึง ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วย จากประสบการณ์การมีอาการและข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสร้างขึ้นตามการรับรู้ 5 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger & Orbell, 2003)

2.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วยตามความเข้าใจของบุคคลว่าโรคไตเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะอย่างไร หรือมีอาการอะไรที่เป็นลักษณะเด่นของโรคซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นความหมายเดียวกับทางการแพทย์ ในการศึกษานี้ประเมินการรับรู้ลักษณะเฉพาะ ของการเจ็บป่วยในแง่ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง

2.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังทั้งที่ปรากฏให้เห็นหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น สาเหตุทางชีววิทยา (ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อจุลินทรีย์ เชื้อไวรัส) ด้านอารมณ์ (ความเครียด ภาวะซึมเศร้า) สิ่งแวดล้อม (มลพิษ สารเคมี) และด้านจิตวิทยา (ทัศนคติ บุคลิกภาพ) เป็นต้น

2.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ขอบเขตของเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เช่น เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic) หรือจะมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ (Cyclic)

2.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/Curability) เป็นความเชื่อของบุคคลว่า โรคไตเรื้อรังสามารถควบคุมหรือรักษาได้ โดยความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา (Treatment control) และความสามารถในการควบคุมโรคโดยบุคคล (Personal control)

2.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ของบุคคลหรือประสบการณ์ตรงของบุคคลจากโรคไตเรื้อรังว่า ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หรือความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างไร เช่น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

ทำให้ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวทรุดลงหรือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งอาจรวมไปถึงการคาดการณ์ว่าโรคไตเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่ออะไรในอนาคต

3. การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representation) เป็นภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Diefenbach & Leventhal, 1996) ในการศึกษานี้หมายถึงภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง เช่น รู้สึกเศร้า วิตกกังวล โกรธ กลัว กระวนกระวายใจ และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

วัดด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ที่พัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ (2002) เพื่อใช้การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้แปลเป็นภาษาไทย โดย นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วน เพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 67 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4
3. นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาล หรือโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้น และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 โดยมีการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคไตเรื้อรัง

- 1.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง
- 1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง
- 1.3 สาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรัง
- 1.4 กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง
- 1.5 อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง
- 1.6 การรักษาโรคไตเรื้อรัง

2. ทฤษฎีสัมมัญสำนึก (The Common Sense Model)

- 2.1 องค์ประกอบของทฤษฎีสัมมัญสำนึก
- 2.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3. แนวคิดการจัดการตนเอง

- 3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
- 3.2 พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. สรุป

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

1.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตเสื่อมหน้าที่ลงช้าๆแต่ถาวร อัตราการกรองจะลดลงพร้อมกับเนื้อไตที่ลดจำนวนลง และท้ายที่สุดกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD) (ลินา งามอายุทธ, 2547)

มูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation: NKF) ได้กำหนดการเรียกชื่อ โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) แทนคำว่า โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) ซึ่งใช้กันมานานให้เหมือนกันทั่วโลก เนื่องจากสื่อความหมายให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้ดีกว่า ทำให้สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตที่มีโอกาสเกิดการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยที่ผู้ป่วยยังคงมีการทำงานของไตปกติอยู่ และได้ให้คำนิยามของโรคไตเรื้อรังตามแนวทางการปฏิบัติ ของ Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) (NKF, 2002 อ้างถึงใน อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งการตรวจพบ “ภาวะไตผิดปกติ” ทำได้โดยการตรวจพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ พบความผิดปกติของไตจากการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางรังสีวิทยา หรือพบความผิดปกติทางโครงสร้างก็ได้ เช่น ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากการตรวจเนื้อเยื่อไต ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไตผิดปกติหรือไม่ก็ได้ หรือ

2) ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบความผิดปกติของพยาธิสรีรวิทยาของไต

1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

National Kidney Foundation ได้แบ่งความรุนแรงของการดำเนินโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะ (NKF, 2002) ดังแสดงในตาราง 1 โดยจะเห็นได้ว่าการแบ่งโรคไตเรื้อรังออกเป็นระยะต่างๆ นั้น เนื่องจากผลลัพธ์ของโรคไตจะมีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานของไต ความรุนแรงของอาการ และจำนวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งการแบ่งระยะดังกล่าวจะทำให้ง่ายต่อการจำแนกผู้ป่วย ประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และวางแผนการรักษาได้ดีขึ้น (ทวี ศิริวงศ์, 2548)

ตาราง 1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง (NKF, 2002)

ระยะ	คำจำกัดความ	GFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)
1	ไตผิดปกติ และอัตราการกรองของไตปกติหรือเพิ่มขึ้น	≥ 90
2	ไตผิดปกติ และอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย	60-89
3	อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง	30-59
4	อัตราการกรองของไตลดลงอย่างรุนแรง	15-29
5	ไตวายระยะสุดท้าย	< 15 (หรือได้รับการบำบัดทดแทนไต)

1.3 สาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ และผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคแพ้ภูมิตนเอง (Autoimmune disease) โรคติดเชื้อในระบบ (Systemic infection) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง ได้รับสารพิษหรือยาทำลายไต อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีมวลเนื้อไตลดลงทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังในครอบครัว และตรวจพบนิ่วในไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1.4 กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง

การดำเนินของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีค่าซีรั่มครีเอตินิน 1.5 - 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไปเป็นไตวายระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคน สมมติฐานหลักในการดำเนินของโรคคือการสูญเสียหน่วยไต ทำให้เกิดกลไกการปรับตัวโดยหน่วยไตส่วนที่เหลือต้องรับภาระมากขึ้นในการขับของเสียต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกาย แล้วยังเป็นการทำหน้าที่ทดแทนหน่วยไตส่วนที่หยุดทำงาน ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพตามมามีเชื้อพังผืดเกิดขึ้นทำให้หน่วยไตส่วนที่เหลือเสื่อมตามไปด้วย หากเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลานานไตจะทำหน้าที่ลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด (ชวลิต รัตนกุล, 2536; ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

1.5 อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังในระยะแรกคือระยะที่ 1-2 เป็นระยะที่ไตทำงานลดลงแต่หน่วยไตที่เหลือยังสามารถทำงานทดแทนส่วนที่เสียไปได้ ระดับ BUN และ Cr ยังอยู่ในระดับปกติ ร่างกายยังไม่มีอาการผิดปกติ มีเพียงดัชนีที่บ่งบอกว่าไตผิดปกติคือมีภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และมีภาวะปัสสาวะปนเลือด แต่เมื่ออัตราการกรองของไตลดลงจะเริ่มพบความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง ทำให้มีอาการและอาการแสดงให้เห็นได้ เช่น มีความผิดปกติของกระดูก ความผิดปกติของเลือด ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ความผิดปกติของผิวหนัง และความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ (ลีนา งามอาชญุทธ, 2547; Porth, 2005) ดังนี้

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) หมายถึง ภาวะที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าปกติซึ่งแบ่งตามปริมาณที่พบได้เป็น Microalbuminuria (Ma) คือภาวะที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะปริมาณน้อยเกินกว่าที่จะตรวจพบได้จากแถบตรวจปัสสาวะทั่วไป หรือตรวจพบปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะเท่ากับ 30 - 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือตรวจพบอัลบูมิน/ครีเอตินิน ในปัสสาวะ มากกว่า 20 มิลลิกรัมต่อกรัมครีเอตินิน และ Overt proteinuria หรือ Proteinuria คือภาวะที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถตรวจพบจากแถบตรวจปัสสาวะ ซึ่งระดับอัลบูมินในปัสสาวะนั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะปัสสาวะปนเลือด (Hematuria) หมายถึง ภาวะที่ตรวจพบจำนวนเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะมากผิดปกติ ซึ่งอาจมองเห็นด้วยตาเปล่าเป็นสีเลือดปนหรือโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์ พบเม็ดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 - 3 ตัว ต่อ high power field ในปัสสาวะที่ปั่นแล้ว เลือดที่ออกมาจากปัสสาวะอาจมาจากหลายสาเหตุ ตั้งแต่หลอดเลือดของไต เนื้อไต ตลอดจนระบบทางเดินปัสสาวะจนถึงปลายท่อปัสสาวะ ภาวะนี้มักเป็นอาการของโรคที่ไม่ร้ายแรง

ความผิดปกติของสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง

โซเดียมและสมดุลน้ำ ไตมีหน้าที่ในการควบคุมสมดุลน้ำในร่างกาย โดยกลไกการขับออกและเพิ่มปริมาณของโซเดียมและน้ำ เมื่อเกิดโรคไตเรื้อรังจะมีการขับน้ำออกจากร่างกายได้ลดลง จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย นอกจากนั้นความสามารถในการขับโซเดียมออกจากร่างกายก็ทำได้น้อยลงเช่นกันทำให้ระดับของโซเดียมในร่างกายสูงขึ้นด้วย ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมีโอกาสที่ความดันโลหิตจะสูงขึ้น และทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมปริมาณน้ำและโซเดียม

สมดุลโพแทสเซียม การขับโพแทสเซียมออกจากร่างกายประมาณร้อยละ 90 เกิดขึ้นที่ไต เมื่อเกิดโรคไตเรื้อรัง ความสามารถในการขับโพแทสเซียมออกจากร่างกายทำได้ลดลง เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงเป็นผลทำให้มีโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น แต่ในระยะที่ไตสามารถปรับตัวได้โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณโพแทสเซียม จนกระทั่งอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรุนแรงจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมปริมาณโพแทสเซียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ถ้ารุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต

สมดุลกรดด่าง จากขบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายทำให้เกิดไฮโดรเจนไอออนประมาณวันละ 50-100 มิลลิโมลต่อวัน ซึ่งไตจะทำหน้าที่ในการขับไฮโดรเจนไอออนออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของแอมโมเนียประมาณร้อยละ 60 แต่การขับออกจะลดลงเมื่ออัตราการกรองลดลงเหลือ 20 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร และการสร้างแอมโมเนียโดยหลอดไตส่วนต้นจะลดลงเนื่องจากจำนวนหน่วยไตลดลง ฟอสเฟตกรองผ่านได้น้อยลงในระยะหลังของโรค รวมทั้งมีการรั่วของไบคาร์บอเนตที่หลอดไตส่วนต้น จึงทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรด

ความผิดปกติของกระดูก (Skeletal Disorders)

ความผิดปกติของกระดูกที่เกิดขึ้น มีกระดูกผุ กระดูกพรุน เนื่องจากการเพิ่มของระดับฟอสเฟตและการลดลงของระดับแคลเซียมในเลือด ไตเสียหายที่ทำให้ไม่สามารถสร้างหรือสังเคราะห์วิตามินดีได้ และมีการหลั่งของฮอร์โมนพาราไธรอยด์มากขึ้น ทำให้ระดับแคลเซียมสูงขึ้น แล้วรวมตัวกับฟอสเฟตเป็นแคลเซียมฟอสเฟต ซึ่งมักไปเกาะตามเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆรวมทั้งกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง และกระดูกหักได้

ความผิดปกติของเลือด (Hematologic Disorders)

ภาวะโลหิตจาง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวาย โดยภาวะโลหิตจางจะรุนแรงยิ่งขึ้นหากภาวะไตวายเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือการที่ไตสร้างหรือสังเคราะห์ฮอร์โมนเอริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) ได้น้อยลง มีการสะสมของสารพิษจากภาวะยูรีเมีย (Uremic toxins) และส่งผลไปกดไขกระดูกทำให้สร้างเม็ดเลือดแดงลดลง นอกจากนี้ยังเกิดจากการขาดธาตุเหล็กเนื่องจากเบื่ออาหารและการจำกัดอาหาร แต่ถ้าภาวะโลหิตจางไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนห้าว ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระบวนการรู้คิดลดลง และส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ

การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น มีเลือดกำเดาไหล ประจำเดือนออกมาก เลือดออกในกระเพาะอาหาร และเลือดออกใต้ผิวหนัง สาเหตุสำคัญอยู่ที่ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด

ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มของเม็ดเลือดขาวลดลง ค่าลิมโฟไซต์ทั้งชนิดทีและบีเซลล์ก็ลดลงด้วย ทำให้เม็ดเลือดขาวมีการตอบสนองต่อกลไกการอักเสบ (Chemotaxis) ลดลง เกิดขบวนการจับกินเชื้อโรค (Phagocytosis) ลดลง ผลของยูรีเมียทำให้โมโนไซต์ทำงานลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำลง

ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disorders)

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อยของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรก ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงคือ มีการกั่งของโซเดียมและน้ำมากขึ้น มีการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน และเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน

โรคหัวใจ เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลายอย่างเริ่มจากหัวใจห้องล่างซ้ายโต และหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนภาวะหัวใจวายเลือดคั่งและภาวะปอดบวมน้ำจะเกิดในไตวายเรื้อรังระยะหลัง โดยเป็นผลจากความดันโลหิตสูงขึ้น ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิต

ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Disorders)

อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และการรับรสชาติอาหารผิดปกติ เป็นอาการแสดงที่พบบ่อยจากภาวะยูรีเมีย นอกจากนั้นยังทำให้เกิดแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ง่ายจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อชั้น mucosa และมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มของฮอร์โมนพาราไธรอยด์

ความผิดปกติของระบบประสาท (Disorders of Neural Function)

ระบบประสาทส่วนปลาย จะพบความผิดปกติของปลายประสาทของร่างกายส่วนล่างมากกว่าส่วนบน และพบความผิดปกติทั้งประสาทรับความรู้สึกและประสาทสั่งการ สาเหตุเกิดจากการฝ่อของไมอีลินชีสและจากภาวะยูรีเมีย ผู้ป่วยมักมีอาการของ Restless leg syndrome คือมีอาการรื้อนที่เท้า กดแล้วเจ็บ มีอาการขยับเท้าตลอดเวลา

ระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะยูรีเมียทำให้การทำงานของสมองส่วนกลางผิดปกติบางครั้งเรียกว่า Uremic encephalopathy ทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิ หลงลืมง่าย การรับรู้ผิดปกติ ไม่รับรู้บุคคลและสิ่งของ สับสน ขาดสติ และไม่รู้สีกตัว ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะท้ายๆ

ระบบประสาทสั่งการ จะแสดงอาการให้เห็นเด่นชัดเมื่อเกิดภาวะ Uremic encephalopathy อาการแสดงที่เด่นชัดคือ การเดินที่ผิดปกติ ไม่มั่นคง ไม่คล่องแคล่ว ร่วมกับมีอาการสั่นไหว และมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของมือ และเท้า

ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน (Altered Immune function)

การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและทำให้เสียชีวิต เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำหน้าที่ด้านการติดเชื้อลดลง ซึ่งมีสาเหตุจากการเพิ่มขึ้นของระดับยูเรียและมีของเสียคั่งในร่างกาย รวมทั้งการเพิ่มของ granulocyte count การทำงานของ cell-mediated ผิดปกติ และกระบวนการจับกินเชื้อโรคผิดปกติ เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อจะตอบสนองต่อกลไกการอักเสบช้าและไม่มีประสิทธิภาพ

ความผิดปกติของผิวหนัง (Disorders of Skin Integrity)

พบผิวหนังช้ำเนื่องจากภาวะโลหิตจางหรือมีสีเหลืองปนน้ำตาล ผิวหนังและเยื่อเมือกแห้งเนื่องจากต่อมเหงื่อมีขนาดลดลงทำให้การขับเหงื่อลดลง และการทำหน้าที่ของต่อมไขมันลดลง อาการคันเกิดขึ้นได้บ่อยจากการเพิ่มขึ้นของระดับฟอสเฟตในเลือดและการจับตัวกันเป็นผลึกฟอสเฟตทำให้ผู้ป่วยมีอาการคันมากบางครั้งเกาจนเกิดแผล นอกจากนั้นเล็บยังบางลง เปราะ และหักง่าย

ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ (Sexual Dysfunction)

ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงนั้น ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด คาดว่าน่าจะเกิดจากการเพิ่มขึ้นของสารพิษจากภาวะยูรีเมีย ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ภาวะจิตใจ และยาบางชนิด ในเพศชายมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง มีระดับของโปรแลคตินและ luteinizing ฮอร์โมนเพิ่มขึ้น ทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลงและจำนวนของสเปิร์มน้อยลง ความต้องการทางเพศลดลงเกิดจากภาวะชดเชยเรื้อรังและการลดลงของระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในเพศหญิงมีระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน luteinizing ฮอร์โมน และโปรแลคตินผิดปกติ ทำให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรืออาจเป็นหมันได้

ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Disorders)

ปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะปอดบวม น้ำ การติดเชื้อในปอด เชื้อหุ้มน้ำในเยื่อหุ้มปอด มีการหายใจลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย ผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไอลดลง ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอดและทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น (ศศิธร ชิดนาคี, 2550)

1.6 การรักษาโรคไตเรื้อรัง

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตประกอบด้วยการรักษาโรคต้นเหตุ และการควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมมากขึ้น ปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีผลสำคัญคือการควบคุมความ

ดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ระหว่าง 90 - 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอาหารน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ส่วนปัจจัยที่มีแนวโน้มว่าจะลดการเสื่อมของไตได้ก็คือ การควบคุมอาหารโปรตีน การควบคุมระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามปัจจัยบางอย่างถึงแม้จะไม่มีหลักฐาน พิสูจน์ว่าสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ แต่ก็น่าจะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และลดความเครียด เป็นต้น (ทวี ศิริวงศ์, 2548; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

การรักษาด้วยยา

โรคไตเรื้อรังมักก่อให้เกิดความผิดปกติของร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบเลือด สมดุลกรดด่าง และยังมีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ จึงจำเป็นต้องได้รับยาหลายขนานเพื่อทำให้ระบบต่างๆของร่างกายสมดุล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยยาที่ใช้ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต การให้ด่างทดแทน ยาแก้ไขภาวะซีด วิตามินและเกลือแร่ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาลดไขมันในเลือด (เกรียง ตั้งสง่า, 2550; ชันดา ตระการนิข, 2550; Campoy & Elwell, 2005; Harvey, 2008)

การรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต

เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาชนิดถาวร หรือการปลูกถ่ายไต

1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis): คือการนำเลือดออกจากร่างกายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผ่านเข้าเครื่องไตเทียมและตัวกรองเลือดเพื่อกำจัดของเสีย เพื่อปรับระดับเกลือแร่ ในเลือดและปรับสมดุลของน้ำหลังจากนั้นจึงนำเลือดกลับเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย หลักการสำคัญของการฟอกเลือดคือการแลกเปลี่ยนของเสีย เกลือแร่ ระหว่างเลือดกับน้ำยาฟอกเลือดโดยผ่านทางตัวกรองเลือด โดยเลือดจะไหลผ่านตัวกรองเลือด ที่มีลักษณะเป็นหลอดเล็กๆเหมือนหลอดเลือดฝอยที่มีรูขนาดเล็กมากอยู่ที่ผนังของหลอดซึ่งจะมีน้ำยาฟอกเลือดไหลผ่านอยู่ด้านนอกหลอด ของเสียที่มีระดับสูงในเลือดจะเคลื่อนผ่านผนังของตัวกรองเข้าไปอยู่ในน้ำยาฟอกเลือด ทำให้ระดับของเสียในเลือดลดลง น้ำและเกลือแร่จะมีการเคลื่อนผ่านผนังของตัวกรองทำให้ระดับเกลือแร่และสมดุลของน้ำเป็นปกติหลังจากนั้นเครื่องไตเทียมจะนำเลือดที่ดักกลับเข้าสู่ผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตตร จิตตินันทน์, 2549)

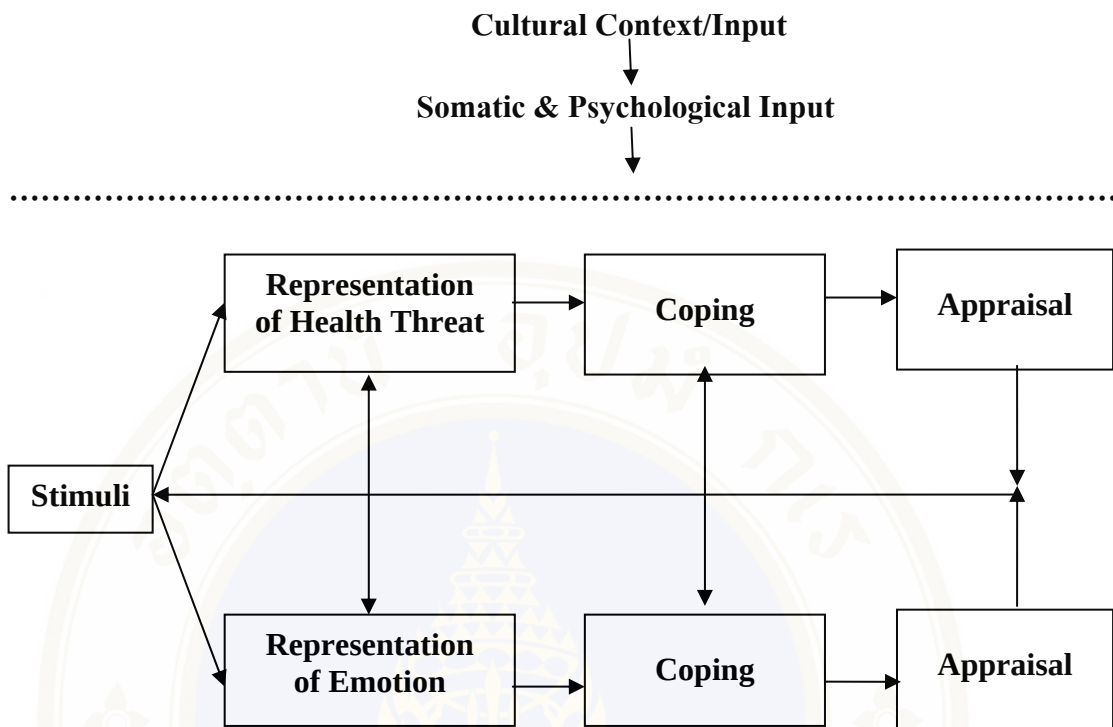
2) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD): อาศัยหลักของการแลกเปลี่ยนสารละลายในช่องท้อง โดยมีเพอริโดเนียลเมมเบรนทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้นระหว่างน้ำยาไดอะลิซิสกับเลือด โดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นของสารละลายในเลือดกับสารละลายในน้ำยาไดอะลิซิส โดยกระบวนการแพร่กระจาย ออสโมซิส และอัลตราฟิลเตรชัน ซึ่งการจัดของเสียขึ้นอยู่กับลักษณะของเยื่อช่องท้อง จำนวนการเปลี่ยน และปริมาณน้ำยาล้างช่องท้อง ต้องทำตลอดเวลาทุกวันและเปลี่ยนน้ำยา 4 - 5 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยเหลือ โดยทำที่บ้านหรือที่ทำงานก็ได้ (ศุภชัย จิตอาชากุล, 2544)

3) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation): เป็นการนำไตอันใหม่มาเสริมเข้าไป โดยที่ไตอันเก่ายังคงอยู่ และไตที่ปลูกถ่ายสามารถทำหน้าที่ขับของเสียในเลือดได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับไตปกติ โดยประสิทธิภาพการขับถ่ายของเสียในเลือดจะดีกว่าการฟอกไตอย่างมากและสามารถทำหน้าที่อื่นได้เหมือนปกติด้วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติเพียงแต่ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและมาตรวจตามแพทย์นัด (โสภณ จิรศิริธรรม, เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์, วสันต์ สุเมธกุล และเสาวลักษณ์ ชูศิลป์, 2547)

2. ทฤษฎีสามัญญสำนึก (The Common Sense Model)

2.1 องค์ประกอบของทฤษฎีสามัญญสำนึก

ทฤษฎีสามัญญสำนึก (The Common Sense Model) พัฒนาขึ้นโดย Leventhal และคณะ โดยได้ผนวกเอาปัจจัยเกี่ยวกับสำัญญสำนึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยให้เหตุผลว่า ความเชื่อส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีนี้เกิดขึ้นในปลายปี ค.ศ. 1960 หลังจากนั้น Leventhal และคณะ ได้มีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเสนอเป็นทฤษฎี The common sense model of illness representation ในปี ค.ศ. 1980 (Diefenbach & Leventhal, 1996)



แผนภูมิ 2 กรอบทฤษฎีสัมมัญญ์สำนึก (Diefenbach & Leventhal, 1996)

2.1.1 กระบวนการคู่ขนาน (Parallel processing)

ทฤษฎีสัมมัญญ์สำนึกใช้อธิบายกระบวนการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการคู่ขนาน (Parallel processing) และเป็นพลวัตร ขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และกระบวนการควบคุมตนเองของแต่ละบุคคล แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) และการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) 2) การเผชิญกับปัญหา (Coping) และการประเมินผล (Appraisal) (Leventhal et al., 1980 cited in Reynolds & Alonzo, 2000)

ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับมาจาก 2 แหล่งคือ 1) จากประสบการณ์การมีอาการของตนเองและความรู้สึกที่มีต่อความเจ็บป่วย และ 2) ข้อมูลที่ได้รับจากบริบทของวัฒนธรรมและสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ เช่น การบอกเล่าจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือจากสื่อต่างๆ (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003; Ogden, 1996)

2.1.2 ระยะของกระบวนการ (Stages in processing)

ระยะที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์

เป็นระยะที่มีการสร้างภาพตัวแทนความเจ็บป่วย สามารถจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger & Orbell, 2003) และมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity)

เป็นการให้ความหมาย (label) ของการเจ็บป่วยตามความเข้าใจของบุคคลว่าโรคนั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างไรหรือมีอาการอะไรที่เป็นลักษณะเด่นของโรค (Diefenbach & Leventhal, 1996) เช่น เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง บุคคลอาจให้ความหมายตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า โรคมะเร็งหมายถึงความทุกข์ทรมานหรือความตายที่ใกล้เข้ามา หรือเมื่อพูดถึงโรคเอดส์บุคคลทั่วไปอาจให้ความหมายว่า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสำส่อนทางเพศ เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาและมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว และเมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และอ่อนเพลีย บุคคลจะนึกถึงโรคหัด เป็นต้น ทั้งนี้การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ตรงที่เปลี่ยนแปลงไปหรือได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสื่อต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อนผู้ป่วย หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)

2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause)

เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ทั้งที่ปรากฏให้เห็นหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น สาเหตุทางชีววิทยา (ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อจุลินทรีย์ เชื้อไวรัส) ด้านอารมณ์ (ความเครียด ภาวะซึมเศร้า) สิ่งแวดล้อม (มลพิษ สารเคมี) และด้านจิตวิทยา (ทัศนคติ บุคลิกภาพ) เป็นต้น (Hagger & Orbell, 2003) ซึ่งการรับรู้สาเหตุที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้บุคคลมีวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน 2 คน มองสาเหตุของการเป็นเบาหวานที่แตกต่างกัน รายที่หนึ่งคิดว่าการที่ตนเองเป็นเบาหวาน อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป ติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการค่อยๆ ลดจำนวนครั้งของการรับประทานของหวานในแต่ละสัปดาห์ลง ส่วนผู้ป่วยรายที่สองคิดว่าเบาหวานที่เกิดขึ้นเป็นเพราะกรรมพันธุ์ทำให้ขาดอินซูลิน ดังนั้นการฉีดอินซูลินเป็นตัวช่วยแก้ไขสาเหตุของโรคได้ ผู้ป่วยรายนี้จึงเน้นการดูแล

ตนเองโดยการฉีดอินซูลินเป็นหลัก แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)

3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ (Diefenbach & Leventhal, 1996) เช่น การป่วยเป็นไข้หวัดบุคคลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะคงอยู่ในช่วงเวลานั้น และสามารถหายจากการเจ็บป่วยได้ แต่ถ้าบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งการรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตของเวลาของการเจ็บป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจคาดการณ์จากประสบการณ์ของคนรู้จักที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง และเกิดภาพของขอบเขตของเวลาของการเจ็บป่วยว่า ตนเองจะต้องมีชีวิตกับการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และอาการของโรคมะเร็งมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)

4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/ Curability)

เป็นความเชื่อของบุคคล หรือเป็นการเสริมพลังให้กับตนเองว่าการเจ็บป่วยของตนสามารถรักษาหรือควบคุมได้ด้วยตนเอง (Personal control) หรือการรักษา (Treatment control) เช่น “ถ้ารับประทานยานี้จะช่วยรักษาโรคของฉันได้” หรือ “รับประทานยาตัวนี้แล้วจะช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยของฉันได้” (Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger & Orbell, 2003)

5) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences)

เป็นการรับรู้ของบุคคล หรือประสบการณ์ตรงของบุคคลว่าความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างไร เช่น ทำให้เกิดความยากจน ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง หรืออาจรวมไปถึงการคาดการณ์ว่าความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบอะไรในอนาคต (Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger & Orbell, 2003)

การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representation)

เป็นภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย เช่น อาการของไข้หวัดใหญ่ ทำให้รู้สึกเศร้า รำคาญ หรือโกรธ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะเกิดความหวาดกลัว เป็นต้น (Diefenbach & Leventhal, 1996)

ระยะที่ 2 การเผชิญกับปัญหา (Coping)

เป็นระยะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เริ่มด้วยการการจำแนกสิ่งคุกคามออกเป็นหมวดหมู่และให้ความหมายกับสิ่งเหล่านั้น เลือกกลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหา และปฏิบัติตามกลยุทธ์นั้นๆ (Reynolds & Alonzo, 2000) ซึ่งการเผชิญกับปัญหามี 2 ลักษณะ คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Approach coping) เป็นการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์โดยตรงในลักษณะของการแก้ไขปัญหาหรือจัดการกับภาวะอารมณ์เพื่อให้สุขภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การรับประทานยา การไปพบแพทย์ การพักผ่อน การพูดระบายอารมณ์หรือความรู้สึกกับเพื่อน และ 2) การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) เช่น การปฏิเสธการเจ็บป่วย และคิดเพื่อฝันในสิ่งที่เป็นไปได้ (Ogden, 1996)

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Appraisal)

ผู้ป่วยจะมีการประเมินวิธีการเผชิญกับปัญหาที่นำไปใช้ว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการหรือไม่ ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเมื่อเกิดปัญหาลักษณะอื่นก็จะใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบเดิม แต่ถ้าไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ก็จะเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบอื่นแทน ดังนั้น ทฤษฎีสถิติสำคัญจึงเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีความต่อเนื่อง มีการประเมินผลย้อนกลับในแต่ละระยะของกระบวนการ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากเดิม (Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003; Reynolds & Alonzo, 2000)

2.2 การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การรับรู้ลักษณะเฉพาะของโรคไตเรื้อรัง

ในทางการแพทย์โรคไตเรื้อรังแต่ละระยะจะมีอาการ และความรุนแรงแตกต่างกันตามค่าอัตราการกรองของไต เมื่อไตทำงานผิดปกติในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการใดๆนอกจากจะสังเกตพบว่ามีปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (ศศิธร ชิดน่ายี, 2550) อาการที่มีอาจจะจะเป็นอาการของโรคเดิมที่เป็นอยู่ เช่น อาการของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคภูมิแพ้ เป็นต้น ถ้าไม่ได้รับการตรวจเกี่ยวกับไตจะไม่ทราบว่าไตเสื่อมหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อไตเสื่อมจนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไตจะเริ่มขับน้ำและของเสียออกทางปัสสาวะไม่ได้ตามปกติ ทำให้มีอาการผิดปกติของทุกระบบในร่างกาย (ทวิ ศิริวงศ์ และอุดม ไกรฤทธิชัย, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงหรือมีอาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Velez & Ramasco, 2006) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่มีความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเกิดความไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ตามเนื่องจากไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Costantini et al., 2008) ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการ

รับรู้อาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคไตเรื้อรังชัดเจน คือ อาการอ่อนล้า/อ่อนแรง มีปัญหาในการนอนหลับ ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง คลื่นไส้หรือมีอาการมวนท้อง และปวดศีรษะ (ร้อยละ 100, 100, 96.4, 83.6 และ 74.5 ตามลำดับ) และอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า/อ่อนแรง มีปัญหาในการนอนหลับ ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ และสีของผิวหนังเปลี่ยนแปลง (Methakanjanasak, 2005)

การรับรู้สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่หลากหลายทั้งมีความชัดเจน และเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น เช่น เกิดจากความโชคร้าย เกิดจากโครงสร้างของไตผิดปกติ ไตเสื่อมตามธรรมชาติ เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากความดันโลหิตสูง สารเคมี การติดเชื้อ ความเครียด ขาดการดูแลตัวเองที่ดี และได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Krespi, Bone, Ahmad, Worthington & Salmon, 2004) เกิดจากการซื้อยามารับประทานเอง น้ำหนักเกิน การรักษาด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการรักษาแผนปัจจุบัน (Velez & Ramasco, 2006) การรับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยาแก้ปวด ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาลดความอ้วน และการทำงานหนัก (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชการ และสุพรชัย กองพัฒนากุล, 2538)

จากผลการศึกษาของ Chilcot และคณะ (2010) ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 99 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความบังเอิญหรือความโชคร้าย (Chance/bad luck) ร้อยละ 44.4 สาเหตุจากกรรมพันธุ์ (Hereditary) ร้อยละ 30.3 และสาเหตุจากการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีในอดีต (Poor past medical care) ร้อยละ 20.2 และผลการศึกษาของ Timmers และคณะ (2008) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 133 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากภาวะอารมณ์ (Emotional state) พฤติกรรมของตนเอง (Own behavior) ทักษะคติ (Mental attitude) และการสูบบุหรี่ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเชื่อว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์ (Hereditary)

การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

ในทางการแพทย์โรคไตนั้นแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ กรณีที่ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหรือหยุดทำงานทันทีเรียกว่า “โรคไตวายเฉียบพลัน” ซึ่งไตอาจจะกลับมาเป็นปกติได้ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสม แต่ถ้าไตเสื่อมลงช้าๆ ต่อเนื่องทำให้ไตเกิดความผิดปกติถาวร เรียกว่า “โรคไตเรื้อรัง” (ทวี ศิริวงศ์ และอุดม ไกรฤทธิชัย, 2548) ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนมากมีการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (Chilcot, Wellsted, & Farrington, 2010; Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004) เนื่องจากต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาโรค ดังนี้

ความสามารถควบคุมโรคโดยการรักษา: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความเชื่อว่าโรคไม่มีความรุนแรง แพทย์สามารถรักษาให้อาการผิดปกติต่างๆบรรเทาลงหรือหายไป จะไม่เคร่งครัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (ศศิธร ชำนาญผล, 2542) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เชื่อว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถจัดน้ำและสารพิษออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Krespi, Bone, Ahmad, Worthington, & Salmon, 2004)

ความสามารถควบคุมโรคด้วยตนเอง: ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจว่าการจำกัดอาหารจะช่วยลดผลกระทบของโรคได้ จะเลือกรับประทานอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตราย เช่น อาหารเค็ม อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง รวมทั้งมีการจำกัดน้ำที่เคร่งครัด (Krespi, Bone, Ahmad, Worthington, & Salmon, 2004) และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) สูงจะเป็นแรงจูงใจด้านบวกให้กระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง (อุบล จิบสมานบุญ, 2544) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Sa-ngakul, 2006) เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง

การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากรโรคไตเรื้อรัง

จากผลการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังทำให้ชีวิตมีข้อจำกัดในทุกๆด้าน เช่น มีผลกระทบด้านร่างกายที่รุนแรงคือ อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก เป็นต้น ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ คือ อารมณ์แปรปรวน โมโหง่าย หงุดหงิด ท้อแท้ หมดหวังในชีวิต และเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวทรุดลง การเข้าสังคมลดลง ไม่สามารถไปเที่ยวที่ไกลๆได้ และทำให้เพศสัมพันธ์ลดลง (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชการ และสุพรชัย กองพัฒนากุล, 2538) และผลการศึกษาการรับรู้ผลกระทบของการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตของ Lindqvist และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยรุนแรงกว่าผู้ที่ได้รับการฟอกไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยมี

การรับรู้อาการที่รุนแรงกว่าโดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย รู้สึกว่าชีวิตไม่มีอิสระ ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่า

การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ในระยะแรกๆของการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกปฏิเสธ การเจ็บป่วย รู้สึกกลัว และรู้สึกโกรธ (Velez & Ramasco, 2006) แต่ในระยะท้ายๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าสูง (ร้อยละ 18.5 - 27 และร้อยละ 29 - 40.8 ตามลำดับ) (Cukor et al., 2007; Jadoulle, Hoyois, & Jadoul, 2005) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าตัวเองเป็นโรคไตเรื้อรัง ต่างก็ยังไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล เพราะไม่ทราบว่าโรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะรักษาด้วยยาก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลต่อสุขภาพร่างกายอย่างมากมายรวมทั้งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยหลายรายเมื่อทราบผลครั้งแรกจากแพทย์ก็ไม่ได้ดำเนินการรักษา กลับปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้คิดว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง จนกระทั่งอาการแสดงของโรคอยู่ในขั้นสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด จึงทราบว่าโรคนี้เป็นโรคร้ายแรงและสามารถอยู่ได้ด้วยการฟอกเลือดเท่านั้น ผู้ป่วยทุกคนจะมีความ รู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่ใจ เพราะต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายตลอดชีวิตในการฟอกเลือด รวมทั้งยังวิตกกังวลถึงอนาคตของครอบครัว ภาระในการเลี้ยงดูบุตรและกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว จากความวิตกกังวลต่างๆ ที่รุมเร้า ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความท้อแท้และซึมเศร้าตามมา (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชยการ และสุพรชัย กองพัฒนากุล, 2538)

การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สร้างแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris และคณะ (2002) เป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยที่พัฒนาจากแบบประเมินการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย (The Illness Perception Questionnaire; IPQ) ของ Weinman และคณะ (1996) ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีสัมมัญทัศน์ของ Leventhal และถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยในอดีตจะเน้นการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แต่ปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการประเมินการตอบสนองอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎี แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วย 9 หัวข้อ คือ 1) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ว่าการเจ็บป่วยจะคงอยู่ในช่วงเวลาสั้น หรือการเจ็บป่วยจะคงอยู่ยาวนาน 2) การรับรู้ช่วงเวลาของ

การเจ็บป่วยว่าอาการของโรคจะมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ 3) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยบุคคล 5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา 6) ความเข้าใจในความเจ็บป่วย 7) การตอบสนองทางอารมณ์ 8) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และ 9) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 711 ราย จาก 8 กลุ่มโรค คือ โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดแข็ง โรคเอดส์ กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง และปวดเฉียบพลัน มีการทดสอบ 2 ระยะ คือระยะสั้น 3 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.46 - 0.88 และระยะยาว 6 เดือน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.35 - 0.82

แบบประเมินการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยนี้ ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ Covic และคณะ (2004) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.62 - 0.74 และการศึกษาของ Fowler และ Baas (2006) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71 - 0.94

2. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Brief Illness Perception Questionnaire; Brief IPQ) ของ Broadbent และคณะ (2006) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีสัญชาตญาณของ Leventhal มีการประเมินทั้งด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คือ 1) การรับรู้ผลกระทบที่ตามมาจากความเจ็บป่วย 2) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยบุคคล 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา 5) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย 6) ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์จำนวน 2 ข้อ 7) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ 8) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบเป็นเส้นตรงมีคะแนน 0-10 ซึ่งผู้สร้างพัฒนาเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการประเมิน มีการนำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1,057 ราย จาก 5 กลุ่มโรค คือ โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อย มีการทดสอบ 2 ระยะ คือ 3 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.48 - 0.70 และ 6 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.42 - 0.75

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ที่พัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ (2002) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้กรอบทฤษฎีสัญชาตญาณของ Leventhal และข้อคำถามครอบคลุมการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้าน รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อ

นำไปศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.53 - 0.93 ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วน เพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่งเป็นโรคเดียวกันแต่มีความรุนแรงของโรคและการรักษาที่แตกต่างกัน

3. แนวคิดการจัดการตนเอง

3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-Management) อาจมีคำจำกัดความที่หลากหลาย ซึ่งเกิดจากนักวิชาการหลายท่านและหลายสาขา ทำให้ไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง บางคนใช้คำว่า การดูแลตนเอง (Self-care) การจัดการดูแลตนเอง (Self-care management) การจัดการความเจ็บป่วย (Illness management) และการควบคุมตนเอง (Self-control) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการจัดการตนเองดังนี้

Tobin และคณะ (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเองโดยร่วมมือกับทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ ไม่ได้เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองด้วย

Barlow และคณะ (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการอาการ การรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อร่างกายและจิตใจ และมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย ซึ่งประสิทธิภาพของการจัดการตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการติดตามความเจ็บป่วย กระบวนการรับรู้ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการกำกับตนเอง นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการประสานงานที่ดีกับทีมสุขภาพ จึงจะประสบความสำเร็จ

Clark (2003) กล่าวว่า การดูแลตนเองและการจัดการตนเองนั้นมีความหมายใกล้เคียงกัน โดยการดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่ทำด้วยตัวผู้ป่วยเอง ในการควบคุมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพตามความพึงพอใจของตนโดยที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ แต่การจัดการตนเองนั้นหมายถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองกับทีมสุขภาพอย่างสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยต้องยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นด้วยตนเอง เพื่อควบคุมและลดผลกระทบจากความเจ็บป่วย

Lorig และ Holman (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึง การจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยการใช้พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องการจัดการเรื่องยา การจัดการบทบาท การจัดการอารมณ์

Maag (2004) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึง กิจกรรมที่แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนและซ่อนเร้นอยู่ภายในผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมภายในหมายถึงการเตือนหรือย้าคิดให้กระทำซ้ำๆ และกิจกรรมภายนอกหมายถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง ความพยายามของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและเคร่งครัดตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ และลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต

3.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Curtin และคณะ (2005) กล่าวว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ 1) การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-Management of Health Care) และ 2) การจัดการตนเองทุกๆวัน (Self-Management of Everyday life)

1. การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-Management of Health Care) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การสื่อสารกับทีมผู้ดูแล (Communication) การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Adherence) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care activities) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self-care Self-efficacy)

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องมีการจัดการตนเองทุกๆ วัน (Self-Management of Everyday life) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการคงไว้ ซึ่งภาวะปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Adherence) (Burrowes, 2008) โดยเฉพาะใน 3 พฤติกรรม คือ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย คือชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Costantini, 2006; Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007; Richard, 2006; Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005)

3.2.1 การควบคุมอาหาร

โปรตีน: วัตถุประสงค์ของการควบคุมอาหารประเภทโปรตีน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการ ควบคุมภาวะยูรีเมีย และการชะลอความเสื่อมของไต

การคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนซึ่งมีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย และช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ พลังงานที่ได้จากโปรตีนเท่ากับ 4 แคลลอรี่ต่อกรัม The Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) ได้กำหนดว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 25 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตรและอายุน้อยกว่า 60 ปี ควรได้รับพลังงาน 35 กิโลแคลลอรี่ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรได้รับพลังงาน 30 - 35 กิโลแคลลอรี่ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 3 ควรได้รับพลังงานเท่ากับคนวัยผู้ใหญ่สุขภาพดี (Stall, 2008) และควรแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคโปรตีนคุณภาพสูง ซึ่งจะมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน เช่น เนื้อสัตว์ และไข่ขาว เป็นต้น (ทวี ศิริวงศ์, 2548)

การควบคุมภาวะยูรีเมีย: ผลกระทบที่สุดท้ายจากการเมตาบอลิซึมโปรตีนคือไนโตรเจนร่วมกับฟอสฟอรัสที่จะต้องขับออกจากร่างกายทางไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังการทำหน้าที่ในการขับของเสียจะลดลงทำให้มีของเสียคั่งในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการลดการบริโภคโปรตีนจึงช่วยควบคุมภาวะยูรีเมียได้ (Stall, 2008)

การชะลอการเสื่อมของไต: มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า การลดการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้โดยมีกลไกหลายประการ ได้แก่ ช่วยลดความดันโลหิตในโกลเมอรูลัส (Glomerular hypertension) ลดการเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) ลดระดับความรุนแรงของภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ลดการสร้างแอมโมเนียจากกลูตามีนที่เซลล์ของหลอดฝอยไต (Renal tubular cells) ทำให้ปริมาณของแอมโมเนียลดลง และเกิดพังพืดในไตน้อยลง (เกรียง ตั้งสง่า และชวลิต รัตนกุล, 2548) จากผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามแนวทางการรักษาร่วมกับการจำกัดการบริโภคสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เกิน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4 ปี พบว่าช่วยลดการร้าวของโปรตีนในปัสสาวะได้ในระดับเล็กน้อย มีค่า Creatinine clearance และอัตราการกรองของไตคงที่หรือดีขึ้นเล็กน้อย (Tungsanga et al., 2005) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทศวรรษของ Levey และคณะ (2006) พบว่าการรับประทานอาหารโปรตีนต่ำ 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 6 ปี มีผลช่วยชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ได้ และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 2 นั้น อาจยังไม่จำเป็นต้องควบคุมโปรตีน แต่ควรให้ความสำคัญต่อการควบคุม

น้ำหนักตัว การควบคุมน้ำตาล และการควบคุมอาหารไขมันสูง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ สำหรับผู้ป่วยที่มีเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ควรได้รับสารอาหารโปรตีน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน (Stall, 2008)

โซเดียม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระยะต้น ยังไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ แต่ควรรับประทานอาหารที่รสไม่เค็มจัดหรือเค็มเกลือมาก เนื่องจากการรับประทานโซเดียมมากจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลายอย่างคือ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือการควบคุมด้วยยาลดความดันโลหิตมีความยากลำบากมากขึ้น ในระดับเซลล์การที่มีโซเดียมมากจะกระตุ้นให้มี renal hypertrophy เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นสิ่งไม่ดีต่อโรค และการรับประทานโซเดียมต่ำเกินไปในระยะนี้อาจเกิดผลเสียเพราะผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะ salt-losing nephritis คือหลอดฝอยไตไม่สามารถดูดโซเดียมกลับเข้าสู่กระแสโลหิตได้ทำให้มีปัสสาวะมาก และสูญเสียโซเดียม โพแทสเซียม ออกทางปัสสาวะจำนวนมาก (เกรียงตั้งสง่า, 2550) ส่วนใหญ่เกลือโซเดียมมักอยู่ในรูปของเกลือแกง ส่วนผสมในอาหารกระป๋อง สารปรุงแต่งอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู ซุปก้อน เป็นต้น ในซอสปรุงรสต่างๆ ที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสถั่วทุกชนิด เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารไม่ให้เกิน 1 - 2 กรัมของโซเดียมต่อวัน ซึ่งเท่ากับเกลือแกงประมาณ 1 - 2 ช้อนชาต่อวัน หรือเท่ากับน้ำปลา 2.5 - 5 ช้อนชาต่อวัน ผู้ป่วยควรงดการเค็มเกลือ น้ำปลา หรือซอสเพิ่มเติมในอาหาร งดอาหารหมักดองทุกชนิด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง งดอาหารสำเร็จรูปที่เค็มเกลือ เช่น ถั่วทอด ของขบเคี้ยวประเภทซอง บะหมี่สำเร็จรูป งดอาหารแปรรูปที่มีส่วนผสมของเกลืออยู่มาก ได้แก่ ไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง แฮม ปลากระป๋อง และงดอาหารที่ใส่กะปิ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตร จิตตินันท์, 2549)

โพแทสเซียม

ไตมีกระบวนการปรับตัวต่อการสูญเสียเนื้อไต ทำให้สามารถขับโพแทสเซียมได้เท่าเดิม แม้ว่าปริมาณเนื้อไตส่วนที่ทำงานได้จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 - 20 ก็ตาม ในระยะต้นผู้ป่วยยังไม่จำเป็นต้องจำกัดการบริโภคโพแทสเซียมแต่อย่างใด ตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นที่มี salt-losing nephritis ร่วมด้วย มักมีการสูญเสียโซเดียมและโพแทสเซียมทางปัสสาวะมาก อาจเกิดภาวะโซเดียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำตามมาได้ การจำกัดการบริโภคโพแทสเซียมในระยะนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ negative K-balance มากขึ้น ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการดำเนินโรค เพราะภาวะขาดโพแทสเซียมทำให้เกิดผลเสียคือช่วยเร่งให้เกิดพังผืด (Interstitial fibrosis) มากขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ถ้าผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5 mEq/L หรือมีแนวโน้มที่จะมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ควรได้รับคำแนะนำให้ได้รับอาหารโพแทสเซียมต่ำและหลีกเลี่ยงอาหาร

ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ทูเรียน ลำไย กัลยาลาบประด ฝรั่ง เงาะ ส้ม มะม่วง องุ่น ลิ้นจี่ ห้วปลี ผักชี ต้นกระเทียม โหระพา หน่อไม้ เห็ดฟาง และแครอท เป็นต้น (ทวี ศิริวงศ์, 2548: 90)

แคลเซียมและฟอสฟอรัส

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีความไม่สมดุลของสารทั้งสองชนิด โดยจะมีฟอสเฟตในเลือดสูงแต่จะมีแคลเซียมในเลือดต่ำ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะ secondary hyperparathyroidism และมีความผิดปกติของกระดูก (Renal osteodystrophy) (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548) ระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อให้เกิดปัญหากระดูกพรุน และจับตัวกับแคลเซียมตามบริเวณต่างๆของร่างกาย นอกจากนั้นการจำกัดฟอสฟอรัสในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าสามารถลดอัตราการเสื่อมของไตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดให้อยู่ในช่วง 3.5 - 5.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ชนันดา ตระการนิช, 2550) ซึ่งการควบคุมนี้สามารถกระทำโดยการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และเมล็ดพืช โดยทั่วไปควรให้ผู้ป่วยบริโภคฟอสฟอรัสน้อยกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวัน (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) และเสริมให้ร่างกายได้รับแคลเซียมอย่างเพียงพอ

ไขมัน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerosis และมีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยควรควบคุมไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยให้ระดับไขมัน LDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยซึ่งมีหลักฐานว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ควบคุมให้ระดับ Triglyceride น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ HDL มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย และมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง (ทวี ศิริวงศ์, 2548) ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานอาหารไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันน้อย เนื่องจากสัตว์ปีก ปลา ประกอบอาหารโดยวิธีการต้ม นึ่ง เป็นหลัก หากต้องใช้น้ำมันก็ให้ใช้น้ำมันพืชกลุ่มที่มีไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่ว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันทานตะวัน ควรหลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งพบในน้ำมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และครีมต่างๆ ที่ใช้ใส่กาแฟ ชา เป็นต้น (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548)

3.2.2 การจำกัดน้ำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะต้น มักมีปัสสาวะมากเนื่องจากไตมีความบกพร่องในกระบวนการทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้น (Concentration) เมื่อผู้ป่วยลดการดื่มน้ำลงจนถึงจุดที่ควรกระตุ้น antidiuretic hormone ออกมามากขึ้นเพื่อกระตุ้นการดูดน้ำกลับที่หลอดฝอยไตคอลเลกติง (Collecting tubule) เข้าสู่กระแสดโลหิต (ค่าความเข้มข้นของยูเรียในปัสสาวะสูงขึ้น ขณะที่ปริมาณของปัสสาวะลดลง) กลไกนี้อาจทำงานได้ไม่เต็มที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยยังมีปัสสาวะที่มีน้ำจำนวนมากอยู่ ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยและถ่ายปัสสาวะน้อยกว่าที่ควรออกได้ ผู้ป่วยจะจับยูเรียและครีเอตินินออกทางปัสสาวะได้น้อยลง แต่ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำมากเกินไปก็อาจเป็นอันตรายได้เช่นกัน เพราะไตจับน้ำส่วนเกินที่รับประทานเข้าไปออกทางปัสสาวะไม่ทัน อาจเกิดภาวะน้ำเป็นพิษหรือเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้ การดื่มน้ำในปริมาณที่พอเพียงจะทำให้ค่ายูเรียลดลงจากจุดสูงสุดที่ไตของผู้ป่วยสามารถขับออกได้จะช่วยให้อายุผู้ป่วยอยู่ในจุดสมดุล และการจะหาจุดสมดุลนี้ได้ต้องให้ผู้ป่วยดื่มน้ำปัสสาวะ 24 ชั่วโมงทุกวัน แล้วค่อยๆ ปรับปริมาณน้ำดื่ม และเมื่อโรคมีความรุนแรง (ระดับครีเอตินินในเลือดประมาณ 7 - 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ Creatinine clearance ต่ำกว่า 10 มิลลิตรต่อนาที) ไม่สามารถจับน้ำส่วนเกินได้ผู้ป่วยควรจำกัดน้ำดื่ม โดยปรับปริมาณน้ำดื่มตามน้ำหนักแห้ง (Dry weight) ของผู้ป่วย และปริมาณปัสสาวะที่ผู้ป่วยสามารถขับออกได้ขณะนั้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 ที่ปัสสาวะได้ปกติและไม่มีการบวมหรือโรคหัวใจ ไม่ต้องจำกัดน้ำ และควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน แต่ควรจำกัดน้ำดื่มเมื่อมีอาการบวม (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตตร จิตตินันท์, 2549; Beto & Bansal, 2004) หรือควรมีการจำกัดน้ำไม่เกินวันละ 1.5 ลิตรต่อวัน (Dumler & Kilates, 2005)

3.2.3 การรับประทานยา

โรคไตเรื้อรังทำให้เกิดความผิดปกติในร่างกายหลายระบบ จึงจำเป็นต้องได้รับยาหลายขนานเพื่อทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายสมดุลและเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (เกรียง ตั้งสง่า, 2550; ธนันดา ตระการวณิช, 2550) ดังนี้

ยาลดความดันโลหิต: ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินของโรคเร็วขึ้น การรักษาในปัจจุบันนิยมใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I) ออกฤทธิ์ยับยั้ง Angiotensin converting enzyme ทำให้หลอดเลือดขยายตัวความดันโลหิตจึงลดลง ยากลุ่มนี้มีข้อดีคือช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น และยากลุ่ม Angiotensin II receptor blocker (ARB) ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายกับยา ACE-I สามารถใช้ได้ดีกับผู้ที่ไตเริ่มเสื่อม โรคเบาหวาน

หัวใจวายเลือดคั่ง โรคหัวใจขาดเลือดและหัวใจโต หรือผู้ที่แพ้ยา ACE-I และมีอาการไอมากเมื่อรับประทานยา ACE-I

ยาขับปัสสาวะ: ออกฤทธิ์ขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ส่งผลให้ลดอาการบวมและลดระดับความดันโลหิต แต่หลังจากรับประทานยาได้ไม่นานร่างกายจะพยายามปรับสมดุลใหม่ซึ่งจะทำให้น้ำหนักตัวไม่ลดลงไปกว่าเดิมอีกดังนั้นผู้ป่วยต้องงดเกลือร่วมด้วย และอย่าหยุดยากะทันหันเพราะจะทำให้บวมมากขึ้นทันทีเนื่องจากร่างกายได้ปรับตัวไปแล้ว โดยการลดการขับโซเดียมลง

ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต: เมื่ออัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ 25 ของค่าปกติ ระดับฟอสเฟตในเลือดจะเริ่มสูงขึ้นร่วมกับมีภาวะ phosphate retention จึงทำให้เกิดภาวะ secondary hyperparathyroidism ในระยะยาวอาจเกิดผลเสียต่อกระดูกได้ การลดการบริโภคสารอาหารฟอสเฟตและการให้ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต จะช่วยลดภาวะ phosphate retention และช่วยลดอัตราการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้ ปัจจุบันประเทศไทยใช้ยาแคลเซียมคาร์บอเนต และแคลเซียมอะซิเตทเป็นหลัก และควรรับประทานยาทันทีหลังมื้ออาหารเพราะจะทำให้สามารถจับกับฟอสเฟตในอาหารได้สูงสุด

การให้ด่างทดแทน: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีความผิดปกติของการขับกรดทางปัสสาวะทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดร่วมด้วยเสมอไม่มากนักน้อย โรคไตเรื้อรังระยะแรกมักจะไม่แสดงอาการของภาวะร่างกายเป็นกรด จะตรวจพบเพียงระดับไบคาร์บอเนตในเลือดลดลงเท่านั้น ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแสดงให้เห็นเมื่อโรครุนแรงมากจนเข้าใกล้ระยะสุดท้าย ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะร่างกายเป็นกรด ผู้ป่วยควรได้รับด่างทดแทนทุกรายโดยการให้รับประทานโซเดียมไบคาร์บอเนต (โซดาบีน) หรือโซเดียมซิเตรท

วิตามินและเกลือแร่: กรดโฟลิกเป็นวิตามินที่สำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดงและระดับโฟเลตที่สูงในเลือดจะช่วยลดระดับของโฮโมซิสเทอีน (homocysteine) ซึ่งเป็นสารที่เชื่อว่ามีผลทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยควรได้รับวิตามินเสริมพอควร เช่น วิตามินบี 6 วิตามินบี 12 ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขาดวิตามินคืออาจพิจารณาให้วิตามินดีร่วมด้วย แต่ควรหลีกเลี่ยงวิตามินเอ วิตามินซี เพราะจะทำให้ไตเสื่อมเพิ่มขึ้นได้

ยาแก้ไขภาวะซีด: ภาวะซีดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดจากการขาดฮอร์โมนเอริโทรพอยอิตินเป็นหลัก ปัจจุบันมีการสังเคราะห์ฮอร์โมนนี้ได้คล้ายคลึงกับฮอร์โมนที่มนุษย์สร้างขึ้นซึ่งมี 4 กลุ่มคือ Epo α , Epo β , Epo Ω และ darbopoietin สามารถใช้ทดแทนฮอร์โมนที่ขาดได้ นอกจากนั้นการให้ธาตุเหล็กมีความสำคัญในการรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยต้อง

ได้รับฮอร์โมนเอริโทรพอยติน เพราะการสร้างเม็ดเลือดแดงต้องอาศัยเหล็กเป็นองค์ประกอบ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ ferrous sulphate

การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สร้างแบบประเมินในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเมินการพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ดังนี้

1. แบบประเมินการจัดการตนเอง ของ Curtin และคณะ (2008) ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินการจัดการตนเองของ Curtin และคณะ (2004) ประกอบด้วย 5 หัวข้อของการจัดการตนเอง คือ 1) การสื่อสารกับทีมผู้ดูแล (Communication with caregivers) 2) การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) 3) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care) 4) การพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy) และ 5) การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Medication adherence) จำนวน 44 ข้อ โดยนำไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 0.70 - 0.84 ซึ่งเครื่องมือชุดนี้เน้นไปที่การวัดกระบวนการของการจัดการตนเองมากกว่าการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา และเครื่องมือชุดนี้ยังไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่แพทย์ พยาบาล เป็นผู้มีบทบาทหลักในการควบคุมการรักษามากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

2. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สร้างขึ้นโดย นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ครอบคลุมทั้ง 3 พฤติกรรมคือ การจำกัดน้ำ การจำกัดอาหารและการรับประทานยา รวมทั้งองค์ประกอบของการจัดการตนเองในหัวข้อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Performing special tasks) การแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง (Information seeking) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) และการปรับเปลี่ยนตนเอง (Self-adjusting) จำนวน 23 ข้อคำถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.86

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยขึ้นเอง โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (Krongyuth, 2004) เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน (สิริลักษณ์ สุพรรณกุล, 2549; Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) โรคความดันโลหิตสูง (Hekler et al., 2008) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (Reynolds et al., 2007) และผู้ป่วยจิตเภท (Rungruangsiripan, 2009) เป็นต้น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ กับคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

Covic และคณะ (2004) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 82 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยและมีการรับรู้การควบคุมโรคค่อนข้างดี รวมทั้งยังมีการรับรู้โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะอารมณ์ ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า 4 ใน 6 องค์ประกอบของการรับรู้ความเจ็บป่วย คือ 1) ความเข้าใจในความเจ็บป่วย (Coherence) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยโดยบุคคล (Personal control) และ 4) การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Timeline) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยที่ปัจจัยการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยโดยบุคคล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Fowler และ Baas (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 42 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Consequences) และมีการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ในด้านลบอยู่ในระดับสูง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

Timmers และคณะ (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 133 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยโดยบุคคล (Personal control) สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหัวข้อการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากภาวะอารมณ์ (Emotional state) พฤติกรรมของตนเอง (Own behavior) ทักษะจิตใจ (Mental attitude) และการสูบบุหรี่ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ (Hereditary) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป และผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Dijk และคณะ (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะไตวายระยะสุดท้ายกับอัตราการเสียชีวิต จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 ราย ผลการวิจัยพบว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล โดยที่อัตราการเสียชีวิตจะสูงในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษาในระดับต่ำ ($p = .028$) ส่วนตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล (Sociodemographic variables) และตัวแปรทางคลินิก (Clinical parameters) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สาเหตุการเกิดโรค โรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด และระดับซีรั่มอัลบูมิน มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .015$) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรทางคลินิก มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย มากกว่าตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วย

Chilcot และคณะ (2010) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีการจำคัมน้ำอย่างเคร่งครัด (Fluid adherence) และไม่เคร่งครัด (Fluid nonadherence) จำนวน 99 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากไตวายระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและรักษาความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างสองกลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการจำคัมน้ำไม่เคร่งครัดมีการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่มีการจำคัมน้ำอย่างเคร่งครัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในหัวข้อการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยไม่

แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความบังเอิญหรือความโชคร้าย (Chance/bad luck) ร้อยละ 44.4 สาเหตุจากกรรมพันธุ์ (Hereditary) ร้อยละ 30.3 และสาเหตุจากการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีในอดีต (Poor past medical care) ร้อยละ 20.2

O'Connor และคณะ (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) มีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. สรุป

ปัจจุบันจำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และการรักษาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะแรกๆนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากสามารถชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง และลดผลกระทบที่จะเกิดตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ภายใต้กรอบทฤษฎีสัมมัญสำนึกของ Leventhal ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไต และคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มประชากร ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อัตราการกรองของไต อยู่ระหว่าง 15 - 89 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร โดยค่าอัตราการกรองของไตได้จากการเปิดตารางประมาณค่า ของ Canal และคณะ (2008) ที่คำนวณอัตราการกรองของไตจากสูตร MDRD-IDMS (Modification of Diet in Renal Disease-isotopic dilution mass spectrophotometry) โดยใช้ค่าซีรั่มครีเอตินิน เพศ อายุ และเชื้อชาติ
2. ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต
3. รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008: 623) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ Power = .80 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Moderate effect size) $R^2 = .13$ (Methakanjanasak, 2005) และจำนวนตัวทำนาย $k = 6$ นำมาคำนวณตามสูตร

$$N = \frac{L + k + 1}{\gamma}$$

N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

L หมายถึง ค่าที่ได้จากการเปิดตารางจากระดับนัยสำคัญ และอำนาจการทดสอบที่กำหนด (เปิดตารางได้ค่า $L = 13.62$)

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา (ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว)

γ หมายถึง ค่าประมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ซึ่งค่า γ ได้จากการคำนวณตามสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\gamma &= \frac{R}{1-R} \\ &= \frac{.13}{1 - .13} \\ &= .149\end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned}&= \frac{13.62 + 6 + 1}{.149} \\ &= 98.4 \text{ ราย}\end{aligned}$$

คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสูญเสีย (drop out) จำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ ($R = 0.10$) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก, จริยา เลิศอรรมขมณี และอุบลรัตน์ สันต์วัตร, 2543)

$$\begin{aligned}n \text{ เพื่อ} &= \frac{n \text{ ก่อนการเพื่อ}}{(1-R)} \\ &= \frac{98}{(1 - 0.1)} \\ &= 108.89 \text{ ราย}\end{aligned}$$

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

แหล่งเก็บข้อมูลคือแผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี

แผนกผู้ป่วยนอกโรคไต เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 9.00 น. ถึง 12.00 น. มีผู้ป่วยโรคไตเข้ามารับบริการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2551 เฉลี่ย 1,508 รายต่อปี

คลินิกโรคไต เปิดให้บริการทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 13.00 น. ถึง 16.00 น. มีผู้ป่วยโรคไตเข้ามารับบริการในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 6,157 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 3 ชุด และเครื่องมือคัดกรองความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม ยาที่ได้รับ อัตราการกรองของไต ระยะของโรค ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

ซึ่งพัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ (2002) เพื่อใช้การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้แปลเป็นภาษาไทย โดย นางลัดกษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 67 ข้อ

1) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของความเจ็บป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และอาการที่คิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง ทั้งหมด 15 อาการ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าผู้ป่วยตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน และถ้าผู้ป่วยตอบว่าใช่ให้ตอบในส่วนที่ 2 ต่อไปอีกว่า

อาการดังกล่าวมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่รุนแรงเลย” ถึง “รุนแรงมากที่สุด” คะแนนรวมมีค่า 0 - 75 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 0.00 - 24.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับต่ำ

คะแนน 25.00 - 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 50.00 - 75.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับสูง

2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคไตเรื้อรังจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวมมีค่า 12 - 60 คะแนน

3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับขอบเขตของเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง คือ เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute timeline) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic timeline) หรืออาการของโรคจะมีความรุนแรงเป็นช่วงๆ (Cyclical timeline) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวมมีค่า 7 - 35 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 7.00 - 16.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับต่ำ

คะแนน 16.34 - 25.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 25.68 - 35.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับสูง

4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา (Treatment control) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยบุคคล (Personal control) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวมมีค่า 14 - 70 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 14.00 - 32.66 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือ
รักษาความเจ็บป่วยในระดับต่ำ

คะแนน 32.67 - 51.32 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือ
รักษาความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง

คะแนน 51.33 - 70.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือ
รักษาความเจ็บป่วยในระดับสูง

5) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับผลที่เกิด
ตามมาจากรอคอยหรือรื้อรังทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะ
คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วย
อย่างยิ่ง” คะแนนรวมมีค่า 13 - 65 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ
คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 13.00 - 30.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย
ในระดับต่ำ

คะแนน 30.34 - 47.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย
ในระดับปานกลาง

คะแนน 47.68 - 65.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย
ในระดับสูง

6) การตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น
สัมพันธ์กับโรคหรือรื้อรัง เช่น ซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล กระวนกระวายใจ กลัว และรู้สึกไม่นอนใน
ความเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ
ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวมมีค่า 6 - 30 คะแนน

การประเมินระดับของภาวะอารมณ์ในด้านลบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ
คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 6.00 - 13.99 คะแนน หมายถึง มีภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 14.00 - 21.99 คะแนน หมายถึง มีภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 22.00 - 30.00 คะแนน หมายถึง มีภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (Krongyuth, 2004) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 - 4 ได้แก่ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ หรือทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง หรือประมาณ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง หรือประมาณ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์
นานนานครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นนานนานครั้ง หรือประมาณ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยจะพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้
ข้อความด้านบวกมีจำนวน 20 ข้อ คือ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23

ถ้าเลือกตอบ	เป็นประจำ	ได้คะแนน 5 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้คะแนน 4 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บางครั้ง	ได้คะแนน 3 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	นานนานครั้ง	ได้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	ไม่เลย	ได้คะแนน 1 คะแนน

ข้อความด้านลบมีจำนวน 3 ข้อ คือ 1, 5, 22

ถ้าเลือกตอบ	เป็นประจำ	ได้คะแนน 1 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	บางครั้ง	ได้คะแนน 3 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	นานนานครั้ง	ได้คะแนน 4 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	ไม่เลย	ได้คะแนน 5 คะแนน

คะแนนรวมมีค่า 23 - 115 คะแนน การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 23.00 - 53.66 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 53.67 - 84.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับ
 ปานกลาง

คะแนน 84.34 - 115.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือคัดกรองความผิดปกติด้านการรับรู้

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมอง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการ คือ 1) การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน 2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน 3) ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน 4) การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน 5) ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน 6) การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) ในงานวิจัยนี้ได้นำแบบทดสอบมาใช้ในการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถ้าพบว่าได้คะแนนรวมเท่ากับ 23 คะแนนหรือน้อยกว่า แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment)

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาล	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพ	3 ท่าน

ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544) ได้ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง มีค่า CVI เท่ากับ 0.75
2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง มีค่า CVI เท่ากับ 0.96

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.74 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 109 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลราชวิถี
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โดยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้ข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไต และแผนกผู้ป่วยนอกโรคไต
5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการทำแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม

ในกรณีที่ผู้ปวยมีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ก่อนทำแบบสอบถามชุดอื่นๆ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ถ้าผู้ปวยได้คะแนนรวมเท่ากับ 23 คะแนนหรือน้อยกว่า ไม่ต้องทำแบบสอบถามในชุดอื่นๆ ต่อ แต่ถ้าผู้ปวยได้คะแนนรวมตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จะดำเนินการตอบแบบสอบถามในชุดอื่นๆ ต่อ จำนวน 3 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ปวยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

7. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามแล้วหย่อนลงในกล่อง โดยไม่มีการตรวจสอบความครบถ้วนหรือความถูกต้อง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS Version 16

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 109 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 61 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 61.33 ปี (S.D. = 14.98) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.5) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 70.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท โดยค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 10,016.98 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิเบิกจากต้นสังกัดและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 43.1 และ 41.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 109)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
≤ 40 ปี	12	11
41 - 60 ปี	32	29.4
61 - 80 ปี	58	53.2
> 80 ปี	7	6.4
(Mean = 61.33, S.D. = 14.98, Range 20 – 85)		
เพศ		
ชาย	59	54.1
หญิง	50	45.9
สถานภาพสมรส		
โสด	18	16.5
คู่	69	63.3
หย่า/แยกกันอยู่	5	4.6
หม้าย	17	15.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.7
ประถมศึกษา	55	50.5
มัธยมศึกษา	20	18.3
อนุปริญญา	9	8.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	18	16.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.7

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 109) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
ภาคกลาง	79	72.5
ภาคตะวันออก	8	7.3
ภาคอีสาน	7	6.4
ภาคใต้	6	5.5
ภาคเหนือ	5	4.6
ภาคตะวันตก	4	3.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	40.4
ข้าราชการบำนาญ	18	16.5
รับจ้าง	16	14.7
ค้าขาย	12	11.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	9.1
เกษตรกรกรรม	9	8.3
รายได้		
≤ 10,000 บาท	77	70.6
10,001 - 20,000 บาท	17	15.6
> 20,000 บาท	15	13.8
(Mean = 10,016.98, S.D. = 11,053.28, Range 500 – 50,000)		
สิทธิการรักษา		
เบิกจากต้นสังกัด	47	43.1
บัตรประกันสุขภาพ	45	41.3
ประกันสังคม	13	11.9
จ่ายเอง	4	3.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 (ร้อยละ 47.7 และ 48.6 ตามลำดับ) อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 33.84 มล./นาที่/ 1.73 ตารางเมตร มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 49.5) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.7) ยาที่ได้รับมากที่สุดคือยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 89) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.6 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 69.9 มีภาวะโภชนาการเกิน คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m^2 ดังแสดงในตาราง 3

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า BUN เฉลี่ย 30.56 mg/dl มีค่า Serum creatinine เฉลี่ย 2.25 mg/dl กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.53 มีค่า Hematocrit อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 95.05 มีค่า Serum albumin อยู่ในระดับปกติ และจากผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.6 มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ดังแสดงในตาราง 3

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม ($n = 40$) พบว่าร้อยละ 55 มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7 % ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย ($n = 109$)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรค		
ระยะที่ 2	4	3.7
ระยะที่ 3	52	47.7
ระยะที่ 4	53	48.6
อัตราการกรองของไต		
Mean = 33.84, S.D. = 14.44, Range 15 – 88		

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 109) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1 ปี	21	19.3
1 - 5 ปี	54	49.5
6 - 10 ปี	22	20.2
11 - 20 ปี	9	8.3
> 20 ปี	3	2.8
(Mean = 5.79, S.D. = 7.02, Range 1 - 51)		
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	80	73.4
เบาหวาน	40	36.7
ไขมันในเลือดสูง	29	26.6
โรคหัวใจและหลอดเลือด	17	15.6
โรคเก๊าท์	16	14.7
โรคเอสแอลอี	7	6.4
โรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง ADPKD และเอชไอวี	19	17.4
ยาที่ได้รับ		
Antihypertensive drugs	97	89.0
Folic acid	58	53.2
Phosphate binder	34	31.2
Ferrous sulphate	30	27.5
Vitamin B complex	18	16.5
Sodium bicarbonate	17	15.6
Erythropoietin	9	8.3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 109) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิต (mmHg.)		
ความดันโลหิตปกติ	65	59.6
สูงเล็กน้อย (Systolic 140-159, Diastolic 90-99)	13	11.9
สูงปานกลาง (Systolic 160-179, Diastolic 100-109)	6	5.5
สูงรุนแรง (Systolic ≥ 180 , Diastolic ≥ 110)	1	0.9
สูงเฉพาะตัวบน (Systolic ≥ 140 , Diastolic < 90)	24	22.0
BMI (n = 103)		
< 18.5 kg/m ²	4	3.9
18.5 - 23 kg/m ²	27	26.2
> 23 kg/m ²	72	69.9
(Mean = 25.4, S.D. = 5.13, Range 15.40 – 47.11)		
BUN (mg/dl)		
Mean = 30.56, S.D. = 14.24, Range 9 – 84		
Serum creatinine (mg/dl)		
Mean = 2.25, S.D. = 0.94, Range 0.9 – 5.9		
Hematocrit (n = 102)		
≥ 33 %	75	73.53
< 33 %	27	26.47
(Mean = 35.63, S.D. = 5.24, Range 21.9 – 46.6)		
Serum albumin (n = 101)		
≥ 3.5 mg/dl	96	95.05
< 3.5 mg/dl	5	4.95
(Mean 4.18, S.D. = 0.47, Range 2.3 – 5.0)		

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 109) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Urine protein		
Negative	44	40.4
+ 1	20	18.3
+ 2	13	11.9
+ 3	22	20.2
30 - 299 mg/dl (Spot urine)	8	7.3
≥ 300 mg/dl (Spot urine)	2	1.8
สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม (n = 40)		
FBS		
≤ 130 mg/dl	22	55
> 130 mg/dl	18	45
(Mean = 126.5, S.D. = 41.89, Range 53 – 238)		
HbA1c		
< 7 %	22	55
≥ 7 %	18	45
(Mean = 7.20, S.D. = 1.33, Range 5.30 – 12.40)		

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา 5 อันดับแรกคือ เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 64.2) มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง (ร้อยละ 60.6) ชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 52.3) มีปัญหาในการนอนหลับ (ร้อยละ 45.9) และบวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 42.2) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การมีอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การมีอาการต่างๆ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ	70	64.2	39	35.8
2. มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง	66	60.6	43	39.4
3. ชาปลายมือปลายเท้า	57	52.3	52	47.7
4. มีปัญหาในการนอนหลับ	50	45.9	59	54.1
5. บวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย	46	42.2	63	57.8
6. ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง	43	39.4	66	60.6
7. ปวดกระดูก	41	37.6	68	62.4
8. ปวดศีรษะ	39	35.8	70	62.4
9. เบื่ออาหาร	39	35.8	70	62.4
10. น้ำมูกเป็นลม วิงเวียนศีรษะ	37	33.9	72	66.1
11. หายใจไม่อิ่ม	34	31.2	75	68.8
12. เกิดจุดจ้ำเลือดตามตัวได้ง่าย	32	29.4	77	70.6
13. คลื่นไส้หรือมีอาการมวนท้อง	26	23.9	83	76.1
14. เจ็บหน้าอก	23	21.1	86	78.9
15. สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไป	22	20.2	87	79.8

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 11.87, S.D. = 9.45, Range 0-45) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการ คือ มีปัญหาในการนอนหลับ (Mean = 2.66, S.D. = 0.89) ปวดกระดูก (Mean = 2.44, S.D. = 1.21) มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง (Mean = 2.21, S.D. = 0.89) สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไป (Mean = 2.14, S.D. = 0.94) และบวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Mean = 2.13, S.D. = 1.02) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	Range	Mean	S.D.
1. มีปัญหาในการนอนหลับ	0 - 5	2.66	0.89
2. ปวดกระดูก	0 - 5	2.44	1.21
3. มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง	0 - 4	2.21	0.89
4. สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไป	0 - 4	2.14	0.94
5. บวมหรือตึงตามส่วนต่างๆของร่างกาย	0 - 4	2.13	1.02
6. เบื่ออาหาร	0 - 4	2.13	0.95
7. ซาปลายมือปลายเท้า	0 - 4	2.09	1.02
8. หายใจไม่อิ่ม	0 - 5	2.06	0.98
9. เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ	0 - 4	1.96	0.91
10. เจ็บหน้าอก	0 - 4	1.96	0.93
11. หน้ามืดเป็นลม วิงเวียนศีรษะ	0 - 4	1.89	0.97
12. เกิดจุดจ้ำเลือดตามตัวได้ง่าย	0 - 4	1.88	0.94
13. คลื่นไส้หรือมีอาการมวนท้อง	0 - 4	1.81	0.75
14. ปวดศีรษะ	0 - 4	1.77	0.87
15. ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง	0 - 3	1.6	0.76
คะแนนรวม	0 - 45	11.87	9.45

2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause)

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคไตเรื้อรังเกิดจากอาหารหรือนิสัยการกินมากที่สุด (Mean = 3.54, S.D. = 1.08) รองลงมาคือสาเหตุจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป (Mean = 3.49, S.D. = 1.08) และสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆหรือความเจ็บป่วยในอดีต (Mean = 3.36, S.D. = 1.42) ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุดคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์ (Mean = 2.54, S.D. = 1.13) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	Range	Mean	S.D.
1. อาหารหรือนิสัยการกิน	1 - 5	3.54	1.08
2. ภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป	1 - 5	3.49	1.08
3. โรคเรื้อรังอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยในอดีต	1 - 5	3.36	1.42
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1 - 5	3.05	1.32
5. ความเครียดหรือความกังวล	1 - 5	2.95	1.19
6. การสูบบุหรี่	1 - 5	2.94	1.32
7. การทำงานหนักหรือมุงงานมากเกินไป	1 - 5	2.93	1.20
8. ได้รับการรักษาดูแลที่ไม่ดีในอดีต	1 - 5	2.82	1.26
9. สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ	1 - 5	2.65	1.14
10. เป็นความบังเอิญ หรือเป็นเพราะโชคไม่ดี	1 - 5	2.58	1.20
11. บาปกรรม หรือสิ่งไม่ดีที่เคยทำในอดีต	1 - 5	2.57	1.26
12. กรรมพันธุ์	1 - 5	2.54	1.13
คะแนนรวม	12 - 54	35.4	7.45

3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 23.33, S.D. = 4.19, Range 10-33) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว (Mean = 3.63, S.D. = 1.14) การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน (Mean = 3.61, S.D. = 1.10) และฉันคิดว่าฉันต้องอยู่กับการเจ็บป่วยนี้ไปตลอดชีวิต (Mean = 3.51, S.D. = 1.28) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	Range	Mean	S.D.
1. เป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว	1 - 5	3.63	1.14
2. การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน	1 - 5	3.61	1.10
3. ฉันคิดว่าฉันต้องอยู่กับการเจ็บป่วยนี้ไปตลอดชีวิต	1 - 5	3.51	1.28
4. ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นอย่างไรต่อไป	1 - 5	3.47	0.97
5. อาการต่างๆที่เกิดจากการเจ็บป่วยของฉัน เป็นๆหายๆ	1 - 5	3.26	0.98
6. เมื่อเวลาผ่านไปการเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้น	1 - 5	3.13	1.18
7. การเจ็บป่วยของฉันจะผ่านพ้นไปอย่างรวดเร็ว	1 - 5	2.73	1.09
คะแนนรวม	10 - 33	23.33	4.19

4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/Curability)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 52.79, S.D. = 6.53, Range 35-67) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการกินยาตามแผนการรักษา เป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้มากที่สุด (Mean = 4.39, S.D. = 0.65) รองลงมาคือรับรู้ว่าการจำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้ (Mean = 4.27, S.D. = 0.59) และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับจะช่วยรักษาโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean = 4.21, S.D. = 0.79) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย	Range	Mean	S.D.
1. การกินยาตามแผนการรักษาเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติ	2 - 5	4.39	0.65
2. จำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติ	2 - 5	4.27	0.59
3. การกษาที่ได้รับจะช่วยรักษาโรคได้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1 - 5	4.21	0.79
4. การดูแลตนเองเป็นตัวกำหนดว่าอาการจะดีขึ้นหรือแย่ลง	1 - 5	4.10	0.93
5. การดำเนินของโรคขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง	1 - 5	4.00	0.91
6. การผ่านประสบการณ์วิกฤติทำให้ตระหนักและระมัดระวังในการดูแลตนเองมากขึ้น	1 - 5	3.98	0.83
7. ไม่มีอะไรที่จะช่วยให้โรคหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้น	1 - 5	3.76	0.95
8. การกระทำของฉันไม่ได้มีผลลัพธ์ในการรักษา	1 - 5	3.75	1.02
9. ไม่ว่าฉันจะอย่างไรก็ไม่มีผลต่อการเจ็บป่วย	1 - 5	3.75	0.95
10. มีวิธีการต่าง ๆ มากมายที่สามารถทำได้เพื่อควบคุมโรค	1 - 5	3.74	0.97
11. เชื่อว่าตัวเองมีความสามารถที่จะควบคุมการเจ็บป่วยได้	1 - 5	3.54	1.18
12. ถึงแม้ว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลอย่างสม่ำเสมอก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดำเนินโรคได้	1 - 5	3.50	1.23
13. การจำกัดปริมาณน้ำดื่มเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติ	1 - 5	3.09	1.21
14. การหายจากการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของโชคชะตา	1 - 5	2.70	1.21
คะแนนรวม	35 - 67	52.79	6.53

5) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 41.59, S.D. = 7.40, Range 24-56) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยทำให้พบบางแง่มุมดี ๆ ของการมีชีวิตอยู่มากที่สุด (Mean = 3.61, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง (Mean = 3.52, S.D. = 1.02) และเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Mean = 3.43, S.D. = 1.16) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย	Range	Mean	S.D.
1. การมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยทำให้พบบางแง่มุมดี ๆ ของการมีชีวิตอยู่	1 - 5	3.61	0.89
2. การเจ็บป่วยทำให้ชีวิตประจำวันของฉันเปลี่ยนแปลง	1 - 5	3.52	1.02
3. การเจ็บป่วยของฉันเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง	1 - 5	3.43	1.16
4. การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลอย่างมากมายต่อชีวิตฉัน	1 - 5	3.40	1.07
5. การเจ็บป่วยไม่ได้มีผลกระทบอะไรที่มากมายต่อชีวิตฉัน	1 - 5	3.37	1.15
6. การเจ็บป่วยก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินแก่ฉันอย่างมาก	1 - 5	3.29	1.23
7. เป็นเรื่องไม่ยากที่จะมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคใดเรื่องจริง	1 - 5	3.26	1.09
8. การเจ็บป่วยทำให้กิจกรรมในสังคมของฉันลดลง	1 - 5	3.10	1.14
9. การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉัน	1 - 5	3.04	1.19
10. ฉันรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระของครอบครัวและคนใกล้ชิด	1 - 5	2.90	1.09
11. การเจ็บป่วยทำให้เพศสัมพันธ์ของฉันลดลง	1 - 5	2.90	0.93
12. ฉันรู้สึกแย่ที่ไม่มีโอกาสไปท่องเที่ยวตามที่ต่างๆในวันหยุด	1 - 5	2.89	1.11
13. ฉันสูญเสียความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตัวเอง	1 - 5	2.86	0.97
คะแนนรวม	24 - 56	41.59	7.40

6) การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representation)

ผลการประเมินระดับการตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 18.70, S.D. = 4.54, Range 6-27) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด (Mean = 3.90, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรู้สึกกังวลใจหรือมีความวิตกกังวล (Mean = 3.21, S.D. = 1.05) และรู้สึกกลัว (Mean = 3.00, S.D. = 1.10) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการตอบสนองทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

การตอบสนองทางอารมณ์	Range	Mean	S.D.
1. รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1 - 5	3.90	0.89
2. รู้สึกกังวลใจหรือมีความวิตกกังวล	1 - 5	3.21	1.05
3. รู้สึกกลัว	1 - 5	3.00	1.10
4. รู้สึกกระวนกระวายใจ	1 - 5	2.96	0.99
5. รู้สึกเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า	1 - 5	2.95	1.16
6. รู้สึกโกรธ	1 - 5	2.68	0.96
คะแนนรวม	6 - 27	18.70	4.54

7) พฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลการประเมินระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 79.00, S.D. = 14.56, Range 35-112) และเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.22, S.D. = 7.39) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 16.73, S.D. = 5.47) และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (Mean = 25.05, S.D. = 4.11) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 109)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Range	Mean	S.D.	ระดับของพฤติกรรม
1. การควบคุมอาหาร	19 - 55	37.22	7.39	ระดับปานกลาง
2. การจำกัดน้ำ	6 - 29	16.73	5.47	ระดับปานกลาง
3. การรับประทานยา	10 - 30	25.05	4.11	ระดับสูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	35 - 112	79.00	14.56	ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย	1.000						
2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	.171	1.000					
3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	.175	.383***	1.000				
4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย	.047	.275**	.153	1.000			
5. การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย	.492***	.214*	.335***	.219*	1.000		
6. การตอบสนองทางอารมณ์	.347***	.210*	.195*	.051	.583***	1.000	
7. พฤติกรรมจัดการตนเอง	.096	.317**	.133	.558***	.234*	.086	1.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าตัวแปรอิสระคือ การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .317$, $p < .01$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .558$, $p < .001$) และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .234$, $p < .05$)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t
1. การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย	.010	.143	.003	.035
2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	.356	.176	.182	2.017 *
3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	-.163	.313	-.047	-.520
4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย	1.090	.190	.489	5.740 ***
5. การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย	.251	.220	.127	1.140
6. การตอบสนองทางอารมณ์	-.139	.321	-.043	-.431
R = .592 Constant = 4.781				
R ² = .350 Overall F = 9.172				

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 2 ตัวแปร คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และปัจจัยการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปคะแนนดิบ (Y) และคะแนนมาตรฐาน (Z) ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง} = & 4.781 + 0.010 (\text{การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย}) + 0.356 (\text{การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย})^* \\ & - 0.163 (\text{การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย}) \\ & + 1.090 (\text{การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย})^* \\ & + 0.251 (\text{การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย}) - 0.139 (\text{การตอบสนองทางอารมณ์}) \end{aligned}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} Z_{\text{พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง}} = & 0.003Z_{\text{การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย}} + 0.182Z_{\text{การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย}}^* \\ & - 0.047Z_{\text{การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย}} \\ & + 0.489Z_{\text{การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย}}^* \\ & + 0.127Z_{\text{การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย}} - 0.043Z_{\text{การตอบสนองทางอารมณ์}} \end{aligned}$$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 61 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 61.33 ปี (S.D. = 14.98) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ong-ajyooth และคณะ (2009) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ในคนไทย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังจะสูงขึ้นพร้อมกับอายุที่มากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังมากที่สุดคือร้อยละ 39.8 เนื่องจากเกิดการเสื่อมของไตตามธรรมชาติส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงตามไปด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) พบว่าสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540; อัมภวรรณ ใจเป็ย, 2543; Chilcot et al., 2010; Methakanjanasak, 2005; Sa-ngakul, 2006) อาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เช่น สูบบุหรี่ และดื่มสุรา นอกจากนั้นผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เช่น มีค่าเฉลี่ยของค่า systolic blood pressure และ diastolic blood pressure สูงกว่า พบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเพศหญิง (Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsa, & Aekplakorn, 2009) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ร้อยละ 50.5 อยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540; Curtin et al., 2008; Sa-ngakul, 2006) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการศึกษาในภาคบังคับคือระดับประถมศึกษา ภูมิฐานะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 72.5) ซึ่ง

แตกต่างกับผลการศึกษาของ Ong-ajyooth และคณะ (2009) ที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภาคกลาง อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภาคกลางดังนั้นจึงพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางมารับบริการมากที่สุด ส่วนในด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.4) และมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70.6) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยเกษียณอายุจึงไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 (ร้อยละ 47.7 และร้อยละ 48.6 ตามลำดับ) แต่พบระยะที่ 2 น้อยที่สุดเพียง 4 รายเท่านั้น (ร้อยละ 3.7) อาจเนื่องมาจากระบบการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งบางรายมีระดับซีรัมครีเอตินินปกติ แต่เมื่อนำมาคำนวณด้วยสูตร MDRD พบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 หรือ 2 แล้ว กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 33.84 มล./นาที่/ 1.73 ตารางเมตร ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Ong-ajyooth และคณะ (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 47.2 มล./นาที่/ 1.73 ตารางเมตร อาจเนื่องมาจากจำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 มีมากกว่าระยะที่ 4 และ 5 (ร้อยละ 8.1, ร้อยละ 0.2 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ) จึงทำให้อัตราการกรองของไตมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่า ส่วนโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.7) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัย เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง (ทวี ศิริวงศ์, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี เฉลี่ย 5.79 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.45 ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations)

2.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด 5 อาการ คือ 1) เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ 2) มีอาการอ่อนล้า/อ่อนแรง 3) ซาปลายมือปลายเท้า 4) มีปัญหาในการนอนหลับ และ 5) บวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 64.2, 60.6, 52.3, 45.9 และ 42.2 ตามลำดับ) และอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการ คือ 1) มีปัญหาในการนอนหลับ 2) ปวดกระดูก 3) มีอาการอ่อนล้า/อ่อนแรง 4) สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไป และ 5) บวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย และ

มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 11.87, S.D. = 9.45, Range 0 - 45) สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Methakanjanasak (2005) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 110 ราย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน โดยพบว่าอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการ คือ อาการอ่อนล้า/ อ่อนแรง มีปัญหาในการนอนหลับ ผิวน้ำหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ และสีของผิวหนังเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับต่ำอาจเนื่องมาจากการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการแสดงต่างๆลดลง ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังใช้ระดับซีรั่มครีเอตินินเป็นเกณฑ์ ซึ่งถ้าแบ่งตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (2002) จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะที่ 3 - 5 ซึ่งมีการแสดงที่รุนแรงกว่า รวมทั้งแบบประเมินความรุนแรงของอาการเป็นแบบเส้นตรง 0 - 10 คะแนน ซึ่งเป็นการประเมินความรุนแรงของอาการโดยรวมที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่โดยไม่ได้จำแนกแต่ละอาการ อาจทำให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการของตนเองในขณะนั้นคลาดเคลื่อนได้ กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีอาการใดอาการหนึ่งรุนแรงก็จะตอบว่าอาการทั้งหมดของตนมีความรุนแรง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นนั้นอาจส่งผลทางลบต่อการปรับตัว และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุจากอาหารหรือนิสัยการกินมากที่สุด รองลงมาคือสาเหตุจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆหรือความเจ็บป่วยในอดีต นับว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังสอดคล้องกับสาเหตุทางการแพทย์ คือสาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคแพ้ภูมิตนเอง โรคติดเชื้อในระบบ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง นิ่วในไต และโรคของไกลเมอรูลัส (ทวี ศิริวงศ์, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

การรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ดังกล่าวแตกต่างกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยแตกต่างจากสาเหตุทางการแพทย์ คือรับรู้สาเหตุของโรคไตเรื้อรังว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ คือความบังเอิญ ความโชคร้าย หรือบาปกรรม มากที่สุด รองลงมาคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์ และสาเหตุจากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีในอดีต (Chilcot, Wellsted, & Farrington, 2010; Methakanjanasak, 2005) ส่วนผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้สาเหตุหลักของการเจ็บป่วย

เกิดจากกรรมพันธุ์ (Timmers et al., 2008) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวอาจเป็นเพราะในอดีตโรคไตไม่ใช่โรคที่รู้จักกันแพร่หลายเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่มีการประชาสัมพันธ์กันอย่างแพร่หลาย จะมีคนรู้จักโรคไตน้อยมากยกเว้นผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตแล้วหรือผู้ที่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไต และส่วนมากยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน จึงได้มีการคาดเดาสาเหตุของโรคไปต่างๆ นานา เช่น เกิดจากการรับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยาแก้ปวด ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาลดความอ้วน และการทำงานหนัก (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชขจร และสุพรชัย กองพัฒนากุล, 2538) ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคจากกรรมพันธุ์ (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รังสี อาหาร และมลพิษ (Anagnostopoulos & Spanea, 2005) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคจากความชรา และอาหารหรือพฤติกรรมการกิน (Orbell et al., 2008) ซึ่งการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม

2.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 23.33, S.D. = 4.19, Range 10 - 33) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อย อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี เฉลี่ย 5.79 ปี รวมทั้งยังไม่มีอาการแสดงที่รุนแรง และการรักษาด้วยยาอาจจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นจนเหมือนปกติจึงทำให้ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าตนเองหายจากโรคแล้ว มีผลทำให้การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต (Chilcot, Wellsted, & Farrington, 2010; Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Methakanjanasak, 2005)

2.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/ Curability)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (Mean = 52.79, S.D. = 6.53, Range 35 - 67) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการกินยาตามแผนการรักษา เป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของ

โรคได้มากที่สุด รองลงมาคือรับรู้ว่าการจำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้ และการรักษาที่ได้รับจะช่วยรักษาโรคได้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาว่าทำให้อาการของโรคดีขึ้นคือ ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะปกติและสามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆได้เหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของ Methakanjanasak (2005) ที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (Mean = 51.55, S.D. = 7.21, Range 31 - 70) โดยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษาอยู่ในระดับสูงและมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเชื่อว่าของเสียที่สะสมในร่างกาย สามารถขับออกได้หมดโดยการฟอกเลือด ทำให้มีความระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหารน้อยลง

แต่จากผลการศึกษา ของ Covic และคณะ (2004) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยค่อนข้างดี โดยมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเองสูงกว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคโดยการรักษา อาจเกิดจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรคไตเรื้อรังถึงแม้รักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมอาการต่างๆได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เนื่องจากโรคไตเรื้อรังไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ตามปกติ ถ้าไม่มีการควบคุมอาหารที่ถูกต้องอาจทำให้มีของเสียคั่งอยู่ในร่างกายมากเกินไป จนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้

2.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 41.59, S.D. = 7.40, Range 24 - 56) เนื่องจากเป็นระยะที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ประกอบกับผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันไม่มากนัก จึงทำให้มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีคุณภาพชีวิตลดลงจนถึงระดับต่ำ (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Curtin, Sitter, Schatell, & Chewning, 2004) เนื่องจากมีอาการแสดงที่รุนแรงโดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย อาการอ่อนล้า/อ่อนแรง ปากแห้ง/กระหายน้ำ อาการคันที่ผิวหนัง และเป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 90.7, 90.5, 77.0, 73.2 และ 69.3 ตามลำดับ) (Curtin, Bultman, Thomas-Hawkins, Walters, & Schatell, 2002) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีอิสระ ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองต้องพึ่งเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่า (Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000) และในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่าง

ต่อเนื่องพบว่าหลังล้างไตผู้ป่วยร้อยละ 33 เป็นภาระต่อครอบครัวมากต้องมีผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือ มีผู้ที่สามารถประกอบอาชีพได้เพียงร้อยละ 19 และสามารถดำรงชีวิตเหมือนคนปกติ ในระยะเวลา 1 ปีที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 29 และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2 แสนบาทต่อคนต่อปี (สุชนันท์ ศรีวิภา และสุกัญญา ปฐมระวี, 2541) ซึ่งการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยในระดับสูงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 มีคะแนนเฉลี่ยการตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 18.70, S.D. = 4.54, Range 6 - 27) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือรู้สึกกังวลใจหรือมีความวิตกกังวล และรู้สึกกลัว เนื่องจากโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจะทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ลักษณะของอาการจะสามารถเปลี่ยนแปลงตามระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น แผนการรักษาที่ต้องปรับเปลี่ยน การรักษาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ ทำนายสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Mishel & Braden, 1998 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (สุมาพร บรรณสาร, 2545) นอกจากนั้นยังพบว่าในระยะท้ายๆของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง (ร้อยละ 18.5 - 41 และร้อยละ 29 - 40.8 ตามลำดับ) (Cukor et al., 2007; Jadoulle, Hoyois, & Jadoul, 2005; O'Connor, Jardine, & Millar, 2008) ซึ่งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Lai et al., 2005; Mollaoglu, 2006; O'Connor, Jardine, & Millar, 2008)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management behaviors)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 79, S.D. = 14.56, Range 35 - 112) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งผล

ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยส่งผลต่อการควบคุมความเจ็บป่วยได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.6 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 73.53 มีค่า Hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 95.05 มีระดับอัลบูมินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีเบาหวานร่วมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 55 มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และมีค่า HbA1c น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Methakanjanasak (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Mean = 77.45, S.D. = 10.15, Range 45 - 113) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองประเมินได้จากน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือด (Interdialytic weight gain: IDW) และระดับโพแทสเซียมในเลือด พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายที่มีปัญหาในการจัดการเรื่องน้ำ (น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 กิโลกรัม) และมีกลุ่มตัวอย่าง 10 รายที่มีปัญหาในการจัดการเรื่องอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง (ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.5 mEq/L)

ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1: การรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

1.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.1

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 2 - 4 มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าพฤติกรรมในการจัดการตนเองในปัจจุบันคืออยู่แล้วและสามารถควบคุมโรคได้ดี จึงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ($r = -0.357$, $p = .05$) หมายถึงหากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมากความสามารถในการปรับตัวจะน้อยลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความ

รุนแรงของอาการเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการมากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น วิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน บุคลิกภาพ การพึ่งพาผู้อื่น ตลอดจนความสุขสบายในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เผชิญกับความรุนแรงของโรคจึงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เพื่อให้ตนเองมีชีวิตรอดได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ จะมีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยรุนแรง (Phipps, 1995 cited in สุมาพร บรรณสาร, 2545) ซึ่งอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่เหมาะสมตามมา และผลการศึกษาของ Methakanjanasak (2005) ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ แต่การรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับต่ำนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = -.475, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ความรุนแรงของอาการต่างๆลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดทั้งการควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา

1.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317, p = .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จะมีความโน้มเอียงที่จะยอมรับสาเหตุของโรคทางการแพทย์แต่ละนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรม วิถีชีวิตของตน และสัมพันธ์กับประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับอาการแสดง ซึ่งสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังคืออาหารหรือนิสัยการกินมากที่สุด รองลงมาคือสาเหตุจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆหรือความเจ็บป่วยในอดีต ดังนั้นแนวทางในการจัดการความเจ็บป่วยของตนคือการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้โรคมิรุนแรงขึ้น กล่าวคือถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดจากอาหารหรือนิสัยการกิน ก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุ

ของโรคไตเรื้อรังเกิดจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน ผู้ป่วยก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยนั้นๆ ไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติคือน้อยกว่า 130/80 mmHg ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารให้อยู่ระหว่าง 90 - 130 mg/dl ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารให้น้อยกว่า 180 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ซึ่งส่งผลดีในการควบคุมความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคคือการจัดการกับความเครียด ($r = .33, p < .01$) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ (กรรมพันธุ์ และอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (การงดรับประทานอาหารเค็ม และการออกกำลังกาย) ($r = .34, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า systolic blood pressure ($r = -.21, p < .05$) กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย เช่น งดรับประทานอาหารเค็ม และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่า systolic blood pressure ลดลง (Hekler et al., 2008) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยการรับรู้สาเหตุการเป็นโรคจากกรรมพันธุ์ สาเหตุจากการได้รับการดูแลที่ไม่ดีในอดีต และสาเหตุจากสรีรวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r = .28, p < .01, r = .19, p < .01$ และ $r = .21, p < .01$ ตามลำดับ) (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549)

1.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.3

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) เป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว 2) การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน และ 3) คาดว่าจะต้องอยู่กับการเจ็บป่วยนี้ไปตลอดชีวิต แต่การประเมินระดับการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.5 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อย อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี (เฉลี่ย 5.79 ปี) รวมทั้งยังไม่มีอาการแสดงที่รุนแรง มีผลทำให้ผู้ป่วยมองภาพการเจ็บป่วยไม่ชัดเจนว่าความเจ็บป่วยจะอยู่กับเราตลอดชีวิต หรือมีการรับรู้ที่ผิดไป

จากความเป็นจริงซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การรักษาด้วยยาอาจทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นจนเหมือนปกติ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าตนเองหายจากโรคแล้วจึงหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (ศศิธร ชำนาญผล, 2542) ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ทำให้มีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับสูง (Chilcot, Wellsted, & Farrington, 2010; Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004) และมีแนวโน้มที่จะปรับตัวได้ดีขึ้น โดยที่ผู้ป่วยจะมีเวลาในการแสวงหาความรู้หรือแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับการรักษา กล่าวคือระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = .211, p < .05$) (สุมาพร บรรณสาร, 2545)

และจากผลการเปรียบเทียบการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกาจำกัคน้ำอย่างเคร่งครัด (Fluid adherence) และไม่เคร่งครัด (Fluid nonadherence) ของ Chilcot และคณะ (2010) พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมกาจำกัคน้ำไม่เคร่งครัด มีคะแนนการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมกาจำกัคน้ำอย่างเคร่งครัด กล่าวได้ว่าการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกาจำกัคน้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.197, p < .05$)

1.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม หรือรักษาความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมกาจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาจัดการตนเอง ($r = .558, p < .001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาจัดการตนเองมากที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมกาจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.4

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการกัณยาตามแผนการรักษาเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้มากที่สุด รองลงมาคือรับรู้ว่าการจำกัคอาหารตามคำแนะนำ เป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้ และรับรู้ว่าการหายจากการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของโชคชะตาน้อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคไตเรื้อรังสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาและควบคุมได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง อธิบายได้ว่าการที่บุคคลเกิดความรู้สึกว่าโรคหรือการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ ย่อมส่งผลให้บุคคลพยายามเรียนรู้และปฏิบัติกาดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างดีที่สุด สำหรับบุคคลที่คาดการณ์ว่าโรคนั้นๆรักษาหรือควบคุมได้ยาก

อาจมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในรูปแบบที่แตกต่างออกไป เช่น แสวงหาวิธีการที่เป็นทางเลือกอื่นๆ เพิ่มเติม (นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์, 2549)

จากผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ($r = .565, p < .01$) (Methakanjanasak, 2005) และสามารถทำนายพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ในหัวข้อการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ (Communication behaviors) การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) กิจกรรม的自我ดูแลตนเอง (Self-care) และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Medication adherence) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว (Curtin et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我จัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我จัดการตนเองมากที่สุด ($r = .29, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรม的自我จัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549) โดยที่การรับรู้ความสามารถควบคุมโรคเบาหวานโดยบุคคล (Personal control) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) และผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่และประสิทธิภาพของพฤติกรรม的自我จัดการดูแลตนเอง (Self-care management) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) (Reynolds et al., 2007)

1.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ($r = .234, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.5

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยสูง จะมีพฤติกรรม的自我จัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ถึงแม้ว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ยังไม่ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ เช่น การบอกเล่าอาการหรือผลกระทบของความเจ็บป่วยจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยด้วย

โรคเดียวกัน หรือสื่อต่างๆ (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980 cite in Hagger & Orbell, 2003; Ogden, 1996) ว่าโรคไตเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อชีวิตในอนาคต รวมทั้งผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะยังมีสภาพร่างกายที่ดีอยู่ แต่ผู้ป่วยก็ไม่มีแนวโน้มในอนาคตที่จะเป็นอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่พบว่าการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.343, p < .05$) (Fowler & Baas, 2006) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีการรับรู้ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังที่รุนแรงส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Curtin, Bultman, Thomas-Hawkins, Walters, & Schatell, 2002) เช่น รู้สึกว่าชีวิตไม่มีอิสระ ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองต้องพึ่งเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่า (Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000) เป็นภาระต่อครอบครัวมาก ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ มีค่าใช้จ่ายสูง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (สุนันท์ ศรีวิภา และสุกัญญา ปฐมระวี, 2541) และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยยังส่งผลทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403, p < .01$) (Methakanjanasak, 2005) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม หรือกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) ซึ่งเป็นกลไกการปรับตัวทางจิตเพื่อลดความวิตกกังวลหรือความเครียดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิเสธความเจ็บป่วยของตน และส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (Ogden, 1996)

สมมติฐานข้อที่ 2: การตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 มีคะแนนเฉลี่ยการตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือความวิตกกังวล และรู้สึกกลัว ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อาจเป็นเพราะแบบประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์โดยรวม จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าภาวะอารมณ์ใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Cameron, 2003) รวมทั้งโรคไตเรื้อรังได้ เช่น จากผลการศึกษาของ Lai และคณะ (2005) ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางท้องแบบต่อเนื่องในประเทศจีน พบว่าปัญหาด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องการจำกัดน้ำ การรับประทานยา และการฟอกไตอย่างเคร่งครัด โดยพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มจะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และผลการศึกษาของ Mollaoglu (2006) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = -.58, p < .001$) และสามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่ายิ่งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นเท่าใดจะมีการดูแลตนเองไม่ดีขึ้นเรื่อยๆ

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสามัญสำนึก (The common sense model) ของ Leventhal และคณะ ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยพบว่าผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดของ Leventhal และคณะ โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/Curability) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล (2549) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด และผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่และประสิทธิภาพในการจัดการดูแลตนเอง (Reynolds et al., 2007)

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) หัวข้อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยนั้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Methakanjanasak, 2005) และยังสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในหัวข้อการสื่อสารกับทีมผู้ดูแล (Communication with caregivers) การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care) และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Medication

adherence) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Curtin et al., 2008) นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง (อุบล จิรสมานบุญ, 2544) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Sa-ngakul, 2006)

การรับรู้ความเจ็บป่วยในหัวข้อการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยของตนคืออะไร ก็จะมีแนวทางในการจัดการความเจ็บป่วยของตนคือการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ หรือพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้โรคมีรุนแรง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดจากอาหารหรือนิสัยการกิน ก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ผู้ป่วยก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยนั้นๆ ไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติคือน้อยกว่า 130/80 mmHg ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารให้อยู่ระหว่าง 90 - 130 mg/dl ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารให้น้อยกว่า 180 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ซึ่งส่งผลดีในการควบคุมความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความเครียดก็จะมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคคือมุ่งจัดการกับความเครียด และการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ เช่น กรรมพันธุ์ หรือการมีอายุมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลบวกต่อพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วย โดยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น งดรับประทานอาหารเค็ม และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่า systolic blood pressure ลดลง (Hekler et al., 2008)

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาจเป็นเพราะแบบประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์โดยรวม จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าภาวะอารมณ์ใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองได้ เช่น จากผลการศึกษาของ Lai และคณะ (2005) ในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องในประเทศจีน พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มจะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่าง

เคร่งครัด และผลการศึกษาของ Mollaoglu (2006) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ายิ่งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นเท่าใดจะมีการดูแลตนเองไม่ดีมากขึ้นเรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ก็ควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะอารมณ์ควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและควรส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยและการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อการควบคุมความเจ็บป่วยและสามารถชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว แต่จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาในระบบบริการสุขภาพส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะท้ายคือตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 96.3 อาจเนื่องมาจากระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมในประชากรทั่วไปและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้เข้ารับการดูแลและรักษาอย่างทันทั่วทัน นอกจากนั้นแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน และควรตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่วัยแรกเริ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว

บทที่ 6

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไตและคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008: 623) และนำมาคำนวณตามสูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย และมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสูญหาย (drop out) จำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 ราย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 3 ชุด และเครื่องมือวัดการวัดความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 18 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ (2002) เพื่อใช้การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และได้แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วน เพื่อความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 67 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (Krongyuth, 2004)

เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้แก่ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ

เครื่องมือคัดกรองความผิดปกติด้านการรับรู้: แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ นิพนธ์ พงวรินทร์ และคณะ (2536) ใช้เพื่อคัดกรองความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนรวม 30 คะแนน ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนรวมเท่ากับ 23 คะแนนหรือน้อยกว่า แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment)

แบบสอบถามทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.74 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อำนาจวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS Version 16 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 61 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 61.33 ปี (S.D. = 14.98) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.5) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 70.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท โดยค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 10,016.98 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิเบิกจากต้นสังกัดและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 43.1 และ 41.3 ตามลำดับ

ข้อมูลการเจ็บป่วย: จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระยะเวลาที่ 2, 3 และ 4 (ร้อยละ 3.7, 47.7 และ 48.6 ตามลำดับ) อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 33.84 มล./นาที/ 1.73

ตารางเมตร มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 49.5) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.7) ยาที่ได้รับมากที่สุดคือยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 89) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.6 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 69.9 มีภาวะโภชนาการเกิน คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m^2

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า BUN เฉลี่ย 30.56 mg/dl มีค่า Serum creatinine เฉลี่ย 2.25 mg/dl กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.53 มีค่า Hematocrit อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 95.05 มีค่า Serum albumin อยู่ในระดับปกติ และจากผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.6 มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม ($n = 40$) พบว่าร้อยละ 55 มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7 %

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations)

2.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ ($\text{Mean} = 11.87$, $\text{S.D.} = 9.45$, $\text{Range } 0-45$) และเมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของอาการรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการแรก คือ มีปัญหาในการนอนหลับ ($\text{Mean} = 2.66$, $\text{S.D.} = 0.89$) ปวดกระดูก ($\text{Mean} = 2.44$, $\text{S.D.} = 1.21$) มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง ($\text{Mean} = 2.21$, $\text{S.D.} = 0.89$) สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงไป ($\text{Mean} = 2.14$, $\text{S.D.} = 0.94$) และบวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ($\text{Mean} = 2.13$, $\text{S.D.} = 1.02$)

2.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause)

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุจากอาหารหรือนิสัยการกินมากที่สุด ($\text{Mean} = 3.54$, $\text{S.D.} = 1.08$) รองลงมาคือสาเหตุจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ($\text{Mean} = 3.49$, $\text{S.D.} = 1.08$) และสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆหรือความเจ็บป่วยในอดีต ($\text{Mean} = 3.36$, $\text{S.D.} = 1.42$) ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุดคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ($\text{Mean} = 2.54$, $\text{S.D.} = 1.13$)

2.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 23.33$, $\text{S.D.} = 4.19$, $\text{Range } 10-33$) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ

รับรู้ว่ามีโรคใดเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว (Mean = 3.63, S.D. = 1.14) การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน (Mean = 3.61, S.D. = 1.10) และฉันคิดว่าฉันต้องอยู่กับการเจ็บป่วยนี้ไปตลอดชีวิต (Mean = 3.51, S.D. = 1.28)

2.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/ Curability)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 52.79, S.D. = 6.53, Range 35-67) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการกินยาตามแผนการรักษา เป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้มากที่สุด (Mean = 4.39, S.D. = 0.65) รองลงมาคือรับรู้ว่าการจำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้ (Mean = 4.27, S.D. = 0.59) และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับจะช่วยรักษาโรคใดเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean = 4.21, S.D. = 0.79)

2.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 41.59, S.D. = 7.40, Range 24-56) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยทำให้พบบางแง่มุมดีๆของการมีชีวิตอยู่มากที่สุด (Mean = 3.61, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง (Mean = 3.52, S.D. = 1.02) และเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Mean = 3.43, S.D. = 1.16)

ส่วนที่ 3 การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations)

ผลการประเมินระดับการตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 18.70, S.D. = 4.54, Range 6-27) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด (Mean = 3.90, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรู้สึกกังวลใจหรือมีความวิตกกังวล (Mean = 3.21, S.D. = 1.05) และรู้สึกกลัว (Mean = 3.00, S.D. = 1.10)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behaviors)

ผลการประเมินระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 79.00, S.D. = 14.56, Range 35-112) และเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.22, S.D. = 7.39) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 16.73,

S.D. = 5.47) และมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (Mean = 25.05, S.D. = 4.1

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าตัวแปรอิสระคือการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .317, p < .01$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .558, p < .001$) และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .234, p < .05$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 2 ตัวแปร คือปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และปัจจัยการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 แต่พบผู้ป่วยระยะที่ 2 น้อย ดังนั้น โรงพยาบาลควรจะมีการพัฒนาระบบคัดกรองโรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามระยะของโรค เพื่อประโยชน์ในการชะลอการเสื่อมของไตและควบคุมความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยยึดตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา โดยประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้บรรยายความรู้สึกและการรับรู้ของตนออกมาว่าโรคไตเรื้อรังมีอาการอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไร มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างไร สามารถควบคุมได้หรือไม่อย่างไร การเจ็บป่วยมีผลกระทบอะไรกับชีวิต และมีความรู้สึกต่อโรคนี้อย่างไร และนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมหรือรักษาโรคและสาเหตุการเกิดโรคให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 สำหรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ควรมีการประเมินผลพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องระยะยาวเพื่อแสดงให้เห็นการคงอยู่ของพฤติกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ควรเป็นเครื่องมือที่วัดผลลัพธ์ในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มากกว่าเครื่องมือที่วัดพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวเพราะจะเป็นที่น่าเชื่อถือมากกว่า เช่น ค่าความดันโลหิต ชีวเคมีเอทีเอ็น อัตราการกรองของไต และโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น และควรแจกสมุดบันทึกข้อมูลเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบผลของผลลัพธ์ของการจัดการตนเองได้อย่างชัดเจน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยนำกรอบทฤษฎีสามัญญานิกมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพราะจะทำให้เข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น ซึ่งอาจจะศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังครั้งแรก หรือผู้ป่วยระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

2.3 การศึกษาครั้งนี้การประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ ได้ใช้เครื่องมือที่วัดภาวะอารมณ์โดยรวมไม่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่าโรคไตเรื้อรังระยะ แรกๆ จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ใดมากที่สุด ซึ่งทำให้ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าภาวะอารมณ์ใด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปควรใช้เครื่องมือวัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความเฉพาะ เจาะจงโดยเฉพาะ เช่น แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมิน ความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

แสงรวี มณีศรี 5036825 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กรองกาญจน์ สังกาศ, Ph.D. (Education), คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), ธีรพรเลิศรัฐ, M.D., Dr med. (ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ยากเนื่องจากไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างช้าๆ แต่ถาวร อัตราการกรองจะลดลงเรื่อยๆ กับเนื้อไตที่ลดจำนวนลง จนสุดท้ายไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) มูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Kidney Foundation: NKF) ได้แบ่งความรุนแรงในการดำเนินของโรคออกเป็น 5 ระยะ ตามค่าอัตราการกรองของไต เพื่อความเหมาะสมในการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค (NKF, 2002)

จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Coresh, Astor, Greene, Eknoyan, & Levey, 2003; Coresh et al., 2007; Zhang & Rothenbacher, 2008) จากการสำรวจความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าร้อยละ 8.1 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 0.2 อยู่ในระยะที่ 4 และร้อยละ 0.15 อยู่ในระยะที่ 5 (Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsu, & Aekplakorn, 2009) ซึ่งในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และแม้ผู้ที่ทราบก็ไม่ได้ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงสามารถคาดหมายได้ว่าภาวะไตวายระยะสุดท้ายจะต้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

ในอนาคตก่อนใกล้ ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมหาศาล คิดเป็นร้อยละ 14 ของงบประมาณสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 (วิรัตน์ ทองรอด, 2547) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต และแม้ว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแล้วก็ตาม แต่ด้วยความรุนแรงของโรคและแผนการรักษาที่ซับซ้อน โรคไตเรื้อรังก็ยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว การดำเนินชีวิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงถึงระดับต่ำ (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Timmers et al., 2008) ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติที่แพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรตระหนักถึงความสำคัญ และควรรหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

การดำเนินของโรคไตจะเร็วหรือช้าส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเองทั้งสิ้น ดังนั้นกลยุทธ์ที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งหมายถึง ความพยายามของผู้ป่วยในปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต (Curtin & Mapes, 2001) และเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา โดยที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Adherence) ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Costantini, 2006; Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005; Richard, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ (Kugler, Vlaminck, Haverich, & Maes, 2005) และการรับประทานยา (สุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด้านเดชา, 2549; Moreira et al., 2008) จากสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้โรคไตมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการที่จะพัฒนาวิธีการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการความเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) และการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ภายใต้กรอบทฤษฎีสามัญสำนึก (The Common Sense Model) ของ Leventhal และคณะ เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายกระบวนการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย กล่าวคือเมื่อบุคคลถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วยจะมีการสร้างภาพตัวแทนความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แบบ ซึ่งเป็นกระบวนการถ่วงน้ำหนักและมีผลต่อการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วย คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย

และ 2) การตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถจำแนกออกเป็น 5 ด้าน คือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequence) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม หรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/Curability) (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, 2549; Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) โรคความดันโลหิตสูง (Hekler et al., 2008) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (Reynolds et al., 2007) และผู้ป่วยจิตเภท (Rungruangsiripan, 2009) ในโรคไตเรื้อรังพบ 2 รายงานการศึกษา คือ การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของนางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity) มีผลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของ O'Connor และคณะ (2008) โดยใช้กรอบทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) และการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหารและการรับประทานยาได้

ดังนั้นการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์จึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้พยาบาลเข้าใจว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร รวมทั้งมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยอย่างไร และปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้หรือไม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้พยาบาลจะนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้น สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาอำนาจการทำนายของ การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.4 การรับรู้การควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
 - 1.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้
2. การตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคไต และคลินิกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2552

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlative predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต และแผนกผู้ป่วยนอกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มประชากร ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อัตราการกรองของไต อยู่ระหว่าง 15-89 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร โดยค่าอัตราการกรองของไตได้จากการเปิดตารางประมาณค่า ของ Canal และคณะ (2008) ที่คำนวณอัตราการกรองของไตจากสูตร MDRD-IDMS (Modification of Diet in Renal Disease-isotopic dilution mass spectrophotometry) โดยใช้ค่าซีรั่มครีเอตินิน เพศ อายุ และเชื้อชาติ

2. ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

3. รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008: 623) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ Power = .80 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Moderate effect size) $R^2 = .13$ (Methakanjanasak, 2005) และจำนวนตัวทำนาย $k = 6$ นำมาคำนวณตามสูตร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 109 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โรคร่วม ยาที่ได้รับ อัตราการกรองของไต ระยะของโรค ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

ซึ่งพัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ (2002) เพื่อใช้การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วยการรับรู้ความเจ็บป่วยใน 5 ด้าน คือการรับรู้ลักษณะเฉพาะของการ

เจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ ภายใต้กรอบทฤษฎีสถานการณ์ของ Leventhal และคณะ และได้แปลเป็นภาษาไทยโดย นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) ด้วยกระบวนการ Back-translated เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 67 ข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.75 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.77

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (Krongyuth, 2004) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ได้แก่ การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ และการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.85

เครื่องมือคัดกรองความผิดปกติด้านการรับรู้

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมอง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย สร้างขึ้น โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการ คือ 1) การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน 2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน 3) ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน 4) การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน 5) ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน 6) การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) ในงานวิจัยนี้ได้นำแบบทดสอบมาใช้ในการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถ้าพบว่าได้คะแนนรวมเท่ากับ 23 คะแนนหรือน้อยกว่า แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลราชวิถี
 2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี โดยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
 3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้ข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไต และแผนกผู้ป่วยนอกโรคไต
 5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
 6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการทำแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ก่อนทำแบบสอบถามชุดอื่นๆ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนรวมเท่ากับ 23 คะแนนหรือน้อยกว่า ไม่ต้องทำแบบสอบถามในชุดอื่นๆ ต่อ แต่ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนรวมตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จะดำเนินการตอบแบบสอบถามในชุดอื่นๆ ต่อ จำนวน 3 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
7. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามแล้วหย่อนลงในกล่อง โดยไม่มีการตรวจสอบความครบถ้วนหรือความถูกต้อง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS Version 16

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 61-80 ปี อายุเฉลี่ย 61.33 ปี (S.D. = 14.98) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.5) ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท โดยค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 10,016.98 บาทต่อเดือน และใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิเบิกจากต้นสังกัด ร้อยละ 43.1

ข้อมูลการเจ็บป่วย: จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 2, 3 และ 4 (ร้อยละ 3.7, 47.7 และ 48.6 ตามลำดับ) มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 33.84 มล./นาที/ 1.73 ตารางเมตร มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.5) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.7) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.6 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 69.9 มีภาวะโภชนาการเกิน คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m²

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า BUN เฉลี่ย 30.56 mg/dl มีค่า Serum creatinine เฉลี่ย 2.25 mg/dl กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.53 มีค่า Hematocrit อยู่ในระดับปกติ กลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 95.05 มีค่า Serum albumin อยู่ในระดับปกติ และจากผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.6 มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม ($n = 40$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และมีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 7 %

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations)

2.1 การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (Identity)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 11.87, S.D. = 9.45, Range 0-45) และเมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของอาการรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการแรก คือ มีปัญหาในการนอนหลับ (Mean = 2.66, S.D. = 0.89) ปวดกระดูก (Mean = 2.44, S.D. = 1.21) มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง (Mean = 2.21, S.D. = 0.89) สีของผิวหน้ามีการเปลี่ยนแปลงไป (Mean = 2.14, S.D. = 0.94) และบวมหรือตึงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Mean = 2.13, S.D. = 1.02)

2.2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Cause)

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุจากอาหารหรือนิสัยการกินมากที่สุด (Mean = 3.54, S.D. = 1.08) รองลงมาคือสาเหตุจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป (Mean = 3.49, S.D. = 1.08) และสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยในอดีต (Mean = 3.36, S.D. = 1.42) ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุดคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์ (Mean = 2.54, S.D. = 1.13)

2.3 การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 23.33, S.D. = 4.19, Range 10-33) และเมื่อวิเคราะห์การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว (Mean = 3.63, S.D. = 1.14) การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน (Mean = 3.61, S.D. = 1.10) และฉันคิดว่าฉันต้องอยู่กับการเจ็บป่วยนี้ไปตลอดชีวิต (Mean = 3.51, S.D. = 1.28)

2.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/ Curability)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 52.79, S.D. = 6.53, Range 35-67) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างรับรู้ว่า การกินยาตามแผนการรักษาเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้มากที่สุด (Mean = 4.39, S.D. = 0.65) รองลงมาคือรับรู้ว่าการจำกัดอาหารตามคำแนะนำเป็นการป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของโรคได้ (Mean = 4.27, S.D. = 0.59) และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับจะช่วยรักษาโรคได้เร็วขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean = 4.21, S.D. = 0.79)

2.5 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (Consequences)

ผลการประเมินระดับการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในระดับปานกลาง (Mean = 41.59, S.D. = 7.40, Range 24-56) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยทำให้พบบางแง่มุมดีของการมีชีวิตอยู่มากที่สุด (Mean = 3.61, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทำให้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง (Mean = 3.52, S.D. = 1.02) และเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Mean = 3.43, S.D. = 1.16)

ส่วนที่ 3 การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations)

ผลการประเมินระดับการตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 18.70, S.D. = 4.54, Range 6-27) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุด (Mean = 3.90, S.D. = 0.89) รองลงมาคือรู้สึกกังวลใจหรือมีความวิตกกังวล (Mean = 3.21, S.D. = 1.05) และรู้สึกกลัว (Mean = 3.00, S.D. = 1.10)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behaviors)

ผลการประเมินระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 79.00, S.D. = 14.56, Range 35-112) และเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (Mean = 25.05, S.D. = 4.11, Range 10-30) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 37.22, S.D. = 7.39, Range 19-55) และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 16.73, S.D. = 5.47, Range 6-29)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายคือ การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าตัวแปรอิสระคือ การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .317, p = .01$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .558, p < .001$) และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .234, p < .05$)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($n = 109$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย	1.000						
2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	.171	1.000					
3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	.175	.383***	1.000				
4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย	.047	.275**	.153	1.000			
5. การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย	.492***	.214*	.335***	.219*	1.000		
6. การตอบสนองทางอารมณ์	.347***	.210*	.195*	.051	.583***	1.000	
7. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.096	.317**	.133	.558***	.234*	.086	1.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 2 ตัวแปร คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย และปัจจัยการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 109$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t
1. การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย	.010	.143	.003	.035
2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	.356	.176	.182	2.017*
3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	-.163	.313	-.047	-.520
4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย	1.090	.190	.489	5.740***
5. การรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย	.251	.220	.127	1.140
6. การตอบสนองทางอารมณ์	-.139	.321	-.043	-.431
R = .592 Constant = 4.78				
R ² = .350 Overall F = 9.172				

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมมัญญ์สามัญ (The common sense model) ของ Leventhal และคณะ ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยพบว่าผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดของ Leventhal และคณะ โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย (Controllability/Curability) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล (2549)

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด และผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่และประสิทธิภาพในการจัดการดูแลตนเอง (Reynolds et al., 2007)

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representations) หัวข้อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษานั้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองมากที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง (Methakanjanasak, 2005) และยังสามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในหัวข้อการสื่อสารกับทีมสุขภาพ (Communication behaviors) การแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Medication adherence) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Curtin et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง (อุบล จิ๊บสมานบุญ, 2544) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Sa-ngakul, 2006)

นอกจากนั้นการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วย ของตนคืออะไรก็จะมีแนวทางในการจัดการความเจ็บป่วยของตนคือการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ หรือพยายาม หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้โรครุนแรงขึ้น กล่าวคือถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง เกิดจากอาหารหรือนิสัยการกิน ก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารให้เหมาะสม กับความเจ็บป่วยมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรค ความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ผู้ป่วยก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อ ควบคุมความเจ็บป่วยนั้นๆไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ ปกติคือน้อยกว่า 130/80 mmHg ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารให้อยู่ระหว่าง 90-130 mg/dl ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารให้น้อยกว่า 180 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมใน เลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ซึ่งส่งผลดีในการ ควบคุมความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความเครียดก็จะมี

พฤติกรรมในการควบคุมโรคคือมุ่งจัดการกับความเครียด และการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ เช่น กรรมพันธุ์ หรือการมีอายุมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วย โดยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น งดรับประทานอาหารเค็ม และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ค่า systolic blood pressure ลดลง (Hekler et al., 2008)

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representations) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาจเป็นเพราะแบบประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์โดยรวม จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าภาวะอารมณ์ใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ เช่น จากผลการศึกษาของ Lai และคณะ (2005) ในผู้ป่วยที่ฟอกไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องในประเทศจีน พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มจะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และผลการศึกษาของ Mollaoglu (2006) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ายิ่งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นเท่าใดจะมีการดูแลตนเองไม่ดีขึ้นเรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 - 4 ก็ควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะอารมณ์ควบคู่กันไปด้วยโดยเฉพาะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและควรส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนให้ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยและการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อการควบคุมความเจ็บป่วยและสามารถชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามาในระบบบริการสุขภาพส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะท้ายคือตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 96.3 อาจเนื่องมาจากระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมในประชากรทั่วไปและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคไตเรื้อรังให้

ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้เข้ารับการดูแลและรักษาอย่างทันที่ นอกจากนั้น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน และควรตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่วัยแรกเริ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 แต่พบผู้ป่วยระยะที่ 2 น้อย ดังนั้น โรงพยาบาลควรจะมีการพัฒนาระบบคัดกรองโรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการดูแลรักษาตั้งแต่วัยเริ่มต้น โดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามระยะของโรค เพื่อประโยชน์ในการชะลอการเสื่อมของไตและควบคุมความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยยึดตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา โดยประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 5 องค์ประกอบ รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้บรรยายความรู้สึกและการรับรู้ของตนออกมาว่าโรคไตเรื้อรังมีอาการอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไร มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างไร สามารถควบคุมได้หรือไม่อย่างไร การเจ็บป่วยมีผลกระทบอะไรกับชีวิต และมีความรู้สึกต่อโรคนี้อย่างไร และนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมหรือรักษาโรค และสาเหตุการเกิดโรคให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 สำหรับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ควรมีการประเมินผลพฤติกรรมในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องระยะยาวเพื่อแสดงให้เห็นการคงอยู่ของพฤติกรรม และเครื่องมือที่ใช้ใน

การประเมินผล ควรเป็นเครื่องมือที่วัดผลลัพธ์ในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มากกว่าเครื่องมือที่วัดพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวเพราะจะเป็นที่น่าเชื่อถือมากกว่า เช่น ค่าความดันโลหิต ชีรรม์ครีเอทีนิน อัตราการกรองของไต และโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น และควรแจกสมุดบันทึกข้อมูลเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบผลของผลลัพธ์ของการจัดการตนเองได้อย่างชัดเจน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยนำกรอบทฤษฎีสามัญสำนึกมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพราะจะทำให้เข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น ซึ่งอาจจะศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังครั้งแรก หรือผู้ป่วยระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

2.3 การศึกษาครั้งนี้การประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ ได้ใช้เครื่องมือที่วัดภาวะอารมณ์โดยรวมไม่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่าโรคไตเรื้อรังระยะ แรกๆ จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ใดมากที่สุด ซึ่งทำให้ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าภาวะอารมณ์ใด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้เครื่องมือวัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความเฉพาะ เจาะจงโดยเฉพาะ เช่น แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

**FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN PATIENTS
WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE**

SANGRAWEE MANEESRI 5036825 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KRONGKARN SANGKARD, RN., Ph.D.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, RN., Ph.D.,
TANYARAT TEERAPORNLERTRAT, M.D. Dr med.

EXTENDED SUMMARY**Background and significance of the study**

Chronic kidney disease (CKD) is a disease that is commonly found in human population. It is a significant public health problem that all races of human beings are facing throughout the world including Thailand. Chronic kidney disease cannot be cured, and the disease itself can damage the functioning of the kidney and lead to permanent loss of the nephron mass. In general, the functions of the kidney are to get rid of toxic substances and to maintain the balance of fluid and electrolyte. When the kidney is damaged, it will progress to end stage renal disease (ESRD). According to the National Kidney Foundation (NKF), chronic kidney disease is divided into five stages according to the glomerular filtration rate. The categorization is meant to ensure appropriate cure provided to patients in accordance with severity of the illness (NKF, 2002).

According to the world epidemiological study of chronic kidney disease, it has been found that the prevalence of the disease is increasing (Coresh, Astor, Greene, Eknoyan, & Levey, 2003; Coresh et al., 2007; Zhang & Rothenbacher, 2008). A survey of prevalence of chronic kidney disease in Thai adults has shown that 8.1% had

stage 3 of the disease, 0.2% were at stage 4, and 0.15% were at stage 5 (Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsa, & Aeklakorn, 2009). Generally, there is no early sign to show that chronic kidney disease has already occurred, so most patients do not realize that they are having the disease until it is already, too late to be cured. The high incidence of chronic kidney disease results in a large amount of money spent each year to treat and care for the patients, estimated at 14% of the total 2006 health care costs (Virat Thongrot, B.E. 2547). The budget is mostly spent on the renal replacement therapy. However, even though the patients have received the necessary care and treatments, the severity of the disease and the complexity of the treatment plan continue to affect the patients' physical and mental well-being, their family lives, their living conditions, and their economic status, hence a lower quality of life among these patients (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Timmers et al., 2008). The situation is very critical that doctors, nurses, and healthcare team members should realize its significance and cooperate with one another to find ways to prevent the occurrence of the disease.

The prognosis of chronic kidney disease depends on the patients' health behaviors. The strategies that are appropriate for care of patients with chronic kidney disease are self-management strategies which refer to the cooperative/participatory activities of self-care and shared responsibility in care in order to optimize health, prevent complications, control symptoms, optimize medical resources, and minimize the intrusion of the disease into their preferred lifestyles (Curtin & Mapes, 2001). The principles of self-management are proper dietary control, fluid intake, and medication intake. The patients must strictly adhere to the treatment plan throughout the treatment period (Costantini, 2006; Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005; Richard, 2006).

The literature reviews has revealed that patients with chronic kidney disease have inappropriate self-management when it came to dietary control, fluid restriction (Kugler, Vlaminck, Haverich, & Maes, 2005), and medication intake (Suporn Butsapavanit & Pongsak Dandacha, B.E. 2549; Moreira et al., 2008). It can be assumed such inappropriate self-management can lead to ineffective treatment, and it can also constitute factors that increase the severity of chronic kidney disease. In order for nurses to effectively promote patients' self-management of their illness,

nurses need to have understanding of the factors that have an influence on self-management behavior of patients with chronic kidney disease.

The factors investigated in this study were illness representation and emotional representation under the common sense model proposed by Leventhal and colleagues. This model explains the adaptation process to respond to an illness. That is, when individuals perceive the health threat presented by an illness, they will construct the representation of such illness in two ways, which are parallel to each other and has an effect on individuals' adaptation and responses to the illness. They are 1) cognitive representation of an illness and 2) emotional representation of an illness. There are five main components of illness representation: identity (symptoms), cause (attribution), timeline (belief about the likely duration of the illness), consequences, and controllability/curability (Diefenbach & Leventhal, 1996; Leventhal et al., 1980 cited in Hagger & Orbell, 2003)

According to a review of literature, it has been found that such factors are associated with self-management behaviors in patients with chronic illnesses such as diabetes mellitus (Siriluck Sutharattanakul, B.E. 2549; Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007), hypertension (Hekler et al., 2008), HIV infection (Reynolds et al., 2007), and schizophrenia (Rungruangsiripan, 2009). As for chronic kidney disease, there were two studies which investigated illness representations and emotional representations. The first one was the thesis of Methakanjanasak (2005) who studied the correlation among illness representation, self-efficacy, social support, self-management, and quality of life in 110 patients with end stage renal disease receiving hemodialysis. The findings of this study revealed that perceived identity of illness had a direct negative effect on self-management with statistical significance at $p = .001$. In another study, O' Connor et al. (2008) explored factors predicting self-care behaviors in 73 end-stage renal disease patients using Leventhal's self-regulatory model. The results showed that emotional representations and perceived timeline could predict self-care behaviors with regard to dietary control and medication intake.

Base on the findings of these two studies, it could be assumed that illness representations and emotional representations of the patients play an important role as they enable nurses to understand how the patients perceive their own illness as well as

how their emotionally respond to such illness. Such findings can be implemented by nurses who wish to develop nursing activities or educational programs to enable patients with chronic kidney disease to more effectively adjust their self-management behaviors to reduce the rate of disease progression and the incidence of end stage renal disease.

Purpose of the study

The purpose of this study was to determine the power of prediction of illness representations and emotional representations to predict self-management behaviors in patients with chronic kidney disease at stages 2 to 4.

Research Hypothesis

1. Illness representations can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
 - 1.1 Perceived identity of disease can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
 - 1.2 Perceived cause of the disease can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
 - 1.3 Perceived timeline can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
 - 1.4 Perceived controllability/curability can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
 - 1.5 Perceived consequences of disease can predicting self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.
2. Emotional representations can predict self-management behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4.

Scope of the study

This descriptive research aimed to determine the power of prediction of illness representations and emotional representations to predict self-management

behaviors in chronic kidney disease patients at stages 2 to 4 who sought treatment and were followed-up at the outpatient medical department and the renal disease clinic at Rajvithi Hospital. The data were collected from July to October, 2009.

Research Methodology

This research was correlative prediction research.

Population and Sample

The population of the study consisted of the patients who were at least 20 years of age and who were diagnosed the chronic kidney disease at stages 2 to 4. They sought treatment and were followed-up at the outpatient medical department and the renal disease clinic at Rajvithi Hospital.

The study sample shared similar demographic characteristics with the population. The subjects were recruited by means of purposive sampling based on the following inclusion criteria:

Inclusion criteria

1. The patients had the glomerular filtration rate of 15-89 ml./min/1.73m² based on the table for estimating the glomerular filtration rate from plasma creatinine (Canal et al., 2008) which calculates the glomerular filtration rate using the MDRD-IDMS: Modification of Diet in Renal Disease-isotopic Dilution Mass Spectrophotometry involving the serum creatinine, gender, age, and ethnicity.
2. The patients had not received the renal replacement therapy.
3. The patients had consciousness, were able to communicate with others, and had no cognitive impairment as determined using the Thai mental state examination (TMSE).

The sample size was calculated by power analysis for multiple regression (Polit & Beck, 2008: 623), with the confidence level set at the alpha of .05, the power of .80, and a moderate effect size of $R^2 = .13$ (Methakanjanasak, 2005). The number of predictors of $k = 6$ was used to calculate based on the formula, with the resulting

sample size of 98 subjects. However, to prevent subject loss, an additional 10% was needed. Finally, the total number of subjects in this study was 109 patients.

Research Instruments

The instruments used in the present study are as follows:

1. Demographic characteristics questionnaire

This questionnaire contained eight items which elicited data regarding demographic characteristics of the subjects including age, gender, marital status, educational background, hometown, occupation, income, and health insurance, and another ten items which elicited clinical data including duration of illness with chronic kidney disease, co-morbidity, prescribed medications, GFR, stage of illness, body mass index, blood pressure, and laboratory results.

2. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)

The illness representations of chronic kidney disease questionnaire was developed by Moss-Morris et al. (2002). It is a structured self-administered questionnaire covering the five cognitive dimensions including perceived identity, perceived cause, perceived timeline, perceived controllability/curability, and perceived consequences, as well as emotional representations of illness regarding emotional responses based on Leventhal's Common-sense Model of Illness Representation. This instrument was translated into the Thai language by Methakanjanasak (2005) with the back-translation process to ensure content validity and with the revision of some items to ensure appropriateness for the context. The instrument was used with end stage renal disease patients receiving hemodialysis. In the present study, some of the items in the questionnaire were revised for use with chronic kidney disease patients at stages 2 to 4. The instrument consisted of 67 items. The content validity index was equal to 0.75. Cronbach's alpha coefficient was employed in this study to determine the reliability of the instruments, which was equal to 0.77.

3. The self-management behaviors questionnaire

The self-management behaviors questionnaire was a self-administered questionnaire which was developed by the researcher based on the self-management of patients with end stage renal disease questionnaire of Methakanjanasak (2005) and the

nutritional behavior of patients with chronic kidney disease questionnaire of Krongyuth (2004). The instrument was used to assess three aspects of self-management behaviors of patients with chronic kidney disease at stages 2 to 4 including dietary control, fluid restriction, and medication intake. It consisted of 23 items. Content validity index of the instrument was 0.96, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.85.

4. Thai Mental State Examination (TMSE)

The Thai Mental State Examination (TMSE), developed by The Brain Forum Committee of Thailand, is an instrument which is commonly used in Thailand to assess brain capacity. The total score of TMSE is 30 points, which can be categorized into six basic subtests of the following: orientation (6 points), registration (3 points), attention (5 points), calculation (3 points), language (10 points), and recall (3 points) (Puangvarin et al., 1993). In this study, the TMSE was used to assess cognitive impairment of elderly patient with chronic kidney disease aged at least 60 years old. Generally, the cut-off point for the diagnosis of normal healthy for TMSE is over 23 points. If the score is equal to 23 points or lower, it means that the patients have cognitive impairment.

Data Collection

The process of data collection was as follows:

1. The thesis proposal was submitted to the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University and Rajvithi Hospital.
2. After the thesis proposal was approved, the letter from the Graduate School of Mahidol University was submitted to the Director of Rajvithi Hospital to ask for cooperation in data collection.
3. After permission to collect data was granted, the researcher met the head nurse and the head of the renal disease unit, medical department, Rajvithi Hospital to introduce herself, explain the purpose of the study, and ask for cooperation in data collection.

4. The researcher selected the sample based on the inclusion criteria based on the registration of patients who sought treatment and were followed-up at the outpatient medical department and the renal disease clinic.

5. The researcher met the patients who met the inclusion criteria, introduced herself, explained the objective of the study, conducted protection of the rights of human subjects, and invited them to participate in the study.

6. After the patients agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form and explain how to fill out the questionnaires to them. The researcher gave additional explanations when the subjects did not understand the questions.

If the subjects were 60 years of age or older, they were assessed to determine if they had abnormal perception before they were asked to respond to the questionnaires. The Thai Mental State Examination (TMSE) was used in the assessment. If they received the score of 23 points or lower, it meant they had cognitive impairment and were excluded from the study. If their score was higher than 23 points, they would be asked to respond to the three questionnaires: 1) Demographic Characteristics Questionnaire, 2) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), and 3) The Self-management Behaviors Questionnaire, which took about 45 minutes to 1 hour.

7. After the questionnaires were returned to the researcher, code numbers were assigned without checking them to ensure completion or correctness. The questionnaires were then stored in a locked cabinet.

Data Analysis

Data were analyzed using the SPSS version 16 computer program.

1. Data regarding demographic characteristics of the subjects were analyzed in terms of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation.

2. Scores of illness representations, emotional representations, and self-management behaviors of patients with chronic kidney disease were analyzed using range, mean, and standard deviation.

3. Pearson's product moment correlation coefficient was employed to analyze the relationships among illness representations, emotional representations, and self-management behaviors of patients with chronic kidney disease.

4. Multiple regression analysis was performed to determine predictive power of illness representations and emotional representations to predict self-management behaviors of patients with chronic kidney disease.

Findings

1. Demographic characteristics data and clinical data

Demographic characteristics data: The subjects were aged between 61 and 80 years old, with the average age of 61.33 (S.D. = 14.98). More than half of the subjects, or 54.1% were male, 63.3% were married. As regards educational background, about half, or 50.5% of the subjects graduated from a primary school. Moreover, nearly three quarters, or 72.5% lived in the central region. When considering their income, it was found that 40.40% of the subjects were unemployed, and 70.6% had an income less than or equal to 10,000 baht per month, with the average income of 10,016.98 baht per month. Finally, 43.1% of the subjects were able to reimburse their medical expenses from the government welfare.

Clinical data: The finding revealed that 3.7%, 47.7%, and 48.6% of the subjects were at stage 2, stage 3, and stage 4 of chronic kidney disease, respectively. The mean glomerular filtration rate was 33.84 ml./min/1.73 m². Furthermore, the duration of illness ranged from one to five years for about half of the patients, or 49.5%. In terms of co-morbidity, hypertension and diabetes mellitus were the most commonly found co-morbidity, at 73.4% and 36.7%, respectively, 59.6% were normal blood pressure. Finally, the majority of the subjects, 69.9 % had over-nutrition with body mass index higher than 23 kg/m².

The results of laboratory test revealed that the subjects' Blood Urea Nitrogen (BUN) was 30.56 mg/dl on average, and their Serum creatinine was 2.25 mg/dl on average. In addition, 73.53% of the subjects had a normal hematocrit level, and almost all of the subjects, or 95.05% had a normal serum albumin level. Moreover, 59.6% of the subjects had proteinuria. As for the subjects who also had diabetes

mellitus (n = 40), 55% of them had fasting blood sugar less than or equal to 130 mg/dl, and HbA1c less than 7%.

2. Illness representations

2.1 Perceived identity

As for perceived identity, the subjects' perceived severity of chronic kidney disease identity was at a low level (Mean = 11.78, SD = 9.45, Range 0-45). The top five symptoms of chronic kidney disease that were perceived as the most severe by the patients were insomnia (Mean = 2.66, S.D. = 0.89), bone pain (Mean = 2.44, S.D. = 1.21), weakness or fatigue (Mean = 2.21, S.D. = 0.89), change of skin color (Mean = 2.14, S.D. = 0.94), and swelling (Mean = 2.13, S.D. = 1.02).

2.2 Perceived cause

The findings indicated that the subjects knew that the most important cause of chronic kidney disease was mainly diet or eating habits (Mean = 3.54, S.D. = 1.08), followed by altered immunity (Mean = 3.49, S.D. = 1.08) and other chronic diseases or past illnesses (Mean = 3.36, S.D. = 1.42). Heredity was perceived as the least important cause of chronic kidney disease by the patients (Mean = 2.54, S.D. = 1.13)

2.3 Perceived timeline

The subjects' perceived duration of the illness was at a moderate level (Mean = 23.33, S.D. = 4.19, Range 10-33). It could be implied that the subjects had a moderate level of belief in chronicity of the illness. The three most frequently perceived timeline were "My illness is likely to be permanent rather than temporary" (Mean = 3.63, S.D. = 1.14), "My illness will last for a long time" (Mean = 3.61, S.D. = 1.10), and "I expect to have this illness for the rest of my life" (Mean = 3.51, S.D. = 1.28).

2.4 Perceived controllability/curability

The subjects' perceived controllability/curability was at a high level, reflecting their belief that this illness could be cured or controlled (Mean = 52.79, S.D. = 6.53, Range 35-67). When considering each item of controllability/curability, it was found that the item which received the highest mean score was "Medication adherence can control my illness" (Mean = 4.39, S.D. = 0.65), "Dietary control can

control my illness” (Mean = 4.27, S.D. = 0.59), and “My treatment will be effective in curing my illness” (Mean = 4.21, S.D. = 0.79).

2.5 Perceived consequences

The study sample believed that chronic kidney disease was a moderately serious illness and had a moderate level of impacts on their lifestyle (Mean = 41.59, S.D. = 7.40, Range 24-56). When analyzing each item of the questionnaire, it was found that the items which received the highest mean score were “Living with a sickness enables me to discover some good aspects of living” (Mean = 3.61, S.D. = 0.89), “My illness has major consequences on my life” (Mean = 3.52, S.D. = 1.02), and “My illness is a serious condition” (Mean = 3.43, S.D. = 1.16).

3. Emotional representations factors

As regards emotional representations, the findings revealed that the subjects’ emotional representations were at a moderate level (Mean = 18.70, S.D. = 4.54, Range 6-27). When analyzing each of the items, it was discovered that the most frequently found item of emotional representations was uncertainty (Mean = 3.90, S.D. = 0.89), which was followed by anxiety and worry (Mean = 3.21, S.D. = 1.05), and fear (Mean = 3.00, S.D. = 1.10).

4. Self-management behaviors

According to the study finding, the subjects’ self-management behaviors were at a moderate level (Mean = 79, S.D. = 14.56, Range 35-112). When considering each aspect of self-management behaviors of patients with chronic kidney disease, it was found that medication intake had the highest level of mean score (Mean = 25.05, S.D. = 4.11, Range 10-30), followed by dietary control at a moderate level (Mean = 37.22, S.D. = 7.39, Range 19-55), and fluid management was at moderate level (Mean = 16.73, S.D. = 5.47, Range 6-29).

5. The result of the correlation analysis among illness representations, emotional representations and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease

According to Table 1, the result of Pearson's product moment correlation coefficient analysis showed a significantly positive correlation between cause, controllability/curability, consequence and self-management behaviors in chronic kidney disease patients ($r = .317$, $p = .01$, $r = .558$, $p < .001$ and $r = .234$, $p < .05$, respectively).

Table 1 Relationships among predictive factors and self-management behaviors using Pearson's correlation coefficient ($n = 109$).

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Identity	1.000						
2. Cause	.171	1.000					
3. Timeline	.175	.383***	1.000				
4. Controllability/ curability	.047	.275**	.153	1.000			
5. Consequences	.492***	.214*	.335***	.219*	1.000		
6. Emotion representations	.347***	.210*	.195*	.051	.583***	1.000	
7. Self-management behaviors	.096	.317**	.133	.558***	.234*	.086	1.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6. Results of multiple regression analysis of independent variables and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease

Table 2 Relationship among independent variables and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease using multiple regression analysis (n = 109).

Variables	b	SE	Beta	t
1. Identity	.010	.143	.003	.035
2. Cause	.356	.176	.182	2.017*
3. Timeline	-.163	.313	-.047	-.520
4. Controllability/curability	1.090	.190	.489	5.740***
5. Consequences	.251	.220	.127	1.140
6. Emotion representations	-.139	.321	-.043	-.431
R = .592 Constant = 4.78				
R ² = .350 Overall F = 9.172				

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001

According to Table 2, the results of multiple regression analysis demonstrated that illness representations of perceived identity, cause, timeline, controllability/ curability, and consequences and emotional representations were able to predict self-management behaviors of chronic kidney disease patients by about 35% (R² = .350, p < .001).

Discussion

When considering the findings based on the common sense model of Leventhal and colleagues used as the conceptual framework of the present study, it was found that the study findings are in congruence with the model, especially perceived controllability/curability which was found to be an important factor associated with self-management behaviors in patients with a chronic illness. Likewise, Siriluck Sutharattanakul (B.E. 2549) conducted a study with patients with type 2 diabetes and found that perceived controllability/curability was a factor that had

the most influence on self-management behaviors of the patients. In another study, Reynolds et al. (2007) reported that there was a positive relationship between perceived controllability/curability, self-care frequency and self-care effectiveness.

As regards patients with chronic kidney disease, the findings revealed that the factor of illness representations in terms of perceived controllability/curability was associated with self-management behaviors more than any other factors and could predict self-management behaviors of patients with statistical significance. A similar finding has been reported by Methakanjanasak (2005) who found that perceived controllability/curability was positively associated with self-management behaviors of patients with end stage renal disease receiving hemodialysis and could predict self-management behaviors of patients with chronic kidney disease in terms of communication behaviors, partnership in care, self-care behaviors, and medication adherence with statistical significance (Curtin et al., 2008). Furthermore, it has been found that perceived controllability/curability was positively associated with self-care (Ubol Jibsamanoon, B.E. 2544) and health promoting behaviors (Sa-nagkul, 2006).

In addition, the study findings also indicated that perceived cause of the illness was positively associated with self-management behaviors of patients with chronic kidney disease and could predict self-management behaviors with statistical significance. This can be explained that when individuals have a belief about the cause of their illness, they will have their own ways to manage their sickness by dealing with the cause or trying to avoid the factors that can aggravate the symptoms. Put another way, when patients with chronic kidney disease believe that the cause of their sickness is their eating habits or food intake, they will try to adjust their food consumption behaviors to better suit their sickness. If they believe that their chronic kidney disease results from other chronic illnesses such as hypertension or diabetes mellitus, they will try to adjust their health behaviors to control the condition and prevent aggravated symptoms such as controlling their blood pressure level at a normal level lower than 130/80 mmHg., controlling their fasting plasma glucose level between 90 and 130 mg/dl, controlling their plasma glucose level after food intake at lower than 180 mg/dl, and maintaining their HbA1c at lower than 7%, etc. (The Nephrology Society of Thailand, B.E. 2552), which facilitate control of severity of chronic kidney disease. Such findings are congruent with the findings of Hekler et al.

(2008) who conducted a study with hypertensive patients and found that the subjects who perceived that stress was the cause of their sickness would try to control the disease by managing their stress. Moreover, when they perceived that the causes of their illness were medical reasons such as heredity or old age, which were unavoidable, they would have positive sickness management behaviors by adjusting their lifestyles to better suit their sickness including avoiding salty food and exercising to reduce systolic blood pressure.

However, the findings revealed that emotional representations were not related to self-management behaviors of patients with chronic kidney disease. One plausible explanation is that the emotional representation responses used in this study aimed to assess overall emotional conditions, so it could not be determine which emotional condition had an influence on self-management behaviors of patients with chronic kidney disease. A review of literature has shown that anxiety are factors that can predict self-management behaviors of patients. For instance, Lai et al. (2005) carried out a study in China and found that anxiety was negatively associated with medication adherence in patients with peritoneal dialysis. In other words, patients with a high level of anxiety were more likely to be less strict when it came to medication adherence. Furthermore, Mollaoglu (2006) found that anxiety was negatively associated with self-care behaviors of patients on hemodialysis and could predict self-care behaviors of patients with statistical significance. This meant that the more anxiety the patients had, the lower the quality of their self-care. However, when providing care to patients with stages 2 to 4 of chronic kidney diseases, assessment of emotional conditions should be simultaneously conducted, particularly uncertainty in illness and anxiety, so as to find ways to help patients appropriately manage their symptoms to ensure positive outcomes on health.

Based on the study findings, it can be concluded that illness representations are factors which can predict self-management behaviors of patients with chronic kidney disease. These are important factors, and patients should be promoted to ensure their correct perception and understanding of their illness, especially perceived controllability/curability and perceived cause of the illness so as to enable them to manage their symptoms more appropriately, which benefits controllability of their illness and prolong the prognosis of last stage chronic kidney

disease. However, in the present study, it was found that almost all of the patients, or 96.3%, who entered the healthcare service system were those with terminal chronic kidney disease, or stage 3 or a more advanced stage. This may be because the screening system of chronic kidney disease is not comprehensive enough to cover the general population and those who have a risk of chronic kidney disease such as patients with hypertension, diabetes mellitus, and elderly patients. As a result, the screening system of chronic kidney disease should be further developed to ensure comprehensiveness to ensure timely access to treatment and care. Besides this, physicians, nurses, nutritionists, and pharmacists should coordinate among one another systematically to provide standardized and effective care to patients. They should also be aware of the significance of development of a sickness information provision system and promotion of concrete appropriate self-management behaviors among patients with chronic kidney disease since the initial period so as to ensure long-term control of the disease.

Recommendations

1. Recommendations for nursing care practices

1.1 The study findings revealed that most of the patients had stages 3 and 4 of the disease, and a few numbers of them had stage 2 of the disease. As a result, the hospital should develop a system to screen chronic kidney disease to encompass the general public as well as those who have a risk of chronic kidney disease such as patients with hypertension, diabetic patients, and elderly persons, etc. This is to ensure that the patients will receive necessary care since the beginning stage. Knowledge on appropriate self-management behaviors at different stages of the disease should be disseminated to slow down the deterioration of the kidneys and to more effectively control the severity of the disease.

1.2 The healthcare team members including physicians, nurses, nutritionists, and pharmacists should coordinate with one another systematically to provide care to patients with chronic kidney disease based on the clinical practice guidelines to ensure that the patients receive standard and effective care.

1.3 Perception of illness and emotional responses of patients with chronic kidney disease should be assessed as soon as they are admitted for treatment. All five components of their perception of illness including emotional responses should be assessed. This is seen as a good chance for the patients to describe their feelings and perceptions of chronic kidney disease, including its causes, symptoms, duration of illness, controllability, and effects on their lives. The data derived from them can then be used as a guideline to develop a more concrete program to elicit illness data that is appropriate for each of the patients, with an emphasis on patients' provision of data regarding control or treatment of the disease as well as causes of the disease.

2.1 Recommendations for further research

2.1 As regards self-management behavior, long-term outcomes of self-management behavior should continuously be assessed to determine the retention of the behavior. The instrument used in the assessment should be a standardized instrument which measures treatment outcomes rather than an instrument that merely assesses behavior as the former should be more reliable, including blood pressure levels, serum creatinine, glomerular filtration rate, and proteinuria, etc. A notebook should be provided to patients to record these data so that they will be better able to understand the outcomes of their self-management behavior.

2.2 Qualitative studies should be conducted to derive at more in-depth information. The theory of common sense should be used as the conceptual framework of the study to more effectively gain insights into each patient's perception. Studies can be carried out with patients with chronic kidney disease who are first diagnosed with the disease or those who are about to receive kidney replacement therapy.

2.3 The present study investigated emotional responses of patients with chronic kidney disease using an instrument which assessed overall emotional conditions of patients. This is because a review of literature has not yielded the data regarding the type of emotions that patients in the initial stage of chronic kidney disease are likely to have, so the findings of the study did not support the research hypothesis. This is because it is not possible to clearly determine which

emotion has the most influence on self-management behavior. Therefore, future research should utilize an instrument that more specifically measure emotional responses such as the uncertainty in illness assessment scale, anxiety scale, and depression scale, etc.



บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: บริษัท
ธรรมสาร จำกัด.
- เกรียง ตั้งสง่า และ ชวลิต รัตนกุล. (2548). แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตโดยไม่ใช้ยา. ใน
รัชชชัย หัยวัฒน์รัตน์, นริสา พุตระกูล, ปิยะรัตน์ โตสุขโขวงศ์, กฤษณพงศ์ มโนธรรม
และ เกรียง ตั้งสง่า (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพของไต: กลไกและกลยุทธการ
รักษาป้องกัน* (หน้า 134-146). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2550). การดูแลรักษาภาวะไตวาย. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2*.
(หน้า 249-270). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2550). แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยยาและโภชนาบำบัด. ใน สมชาย เข็มมอ่อง,
เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *โรคไต: กลไก พยาธิ
สรีรวิทยา การรักษา* (หน้า 191-218). กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล
พับลิเคชั่น จำกัด.
- กล้าเผชิญ โชคนำรุง. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย:
การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(3),
15-24.
- จิตติมา จรูญสิทธิ. (2545). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ทองเพชร. *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน*. (2550). วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี
- ชวลิต รัตนกุล. (2536). *การปฏิบัติตัวทั่วไป หลักการและวิธีการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะเริ่มต้นและระยะปานกลาง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาวรุ่ง สุภากรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1223-1264). กรุงเทพฯ: Text and journal publication co., Ltd.
- ทวี ศิริวงศ์. (2548). แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พ.ศ. 2548. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). ปัญหาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยและการป้องกัน. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD prevention: Strategies and practical points* (หน้า 1-7). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD prevention: Strategies and practical points* (หน้า 153-160). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนันดา ตระการวนิช. (2550). การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD Prevention: Strategies and Practical Points* (หน้า 119-126). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง: ปัญหาและแนวทางส่งเสริม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 28(1), 60-68.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2549). แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย: กรณีศึกษา และการประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 37-45.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และยุติ ฤาชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ และอนุตตร จิตตินันทน์. (2549). การรักษาภาวะไตวายระยะสุดท้ายโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: Medinfo G.D., Ltd.
- ลีนา งามอายุทธ. (2547). Chronic Kidney Disease: Risk Factors and Protective Strategies ใน ลีนา งามอายุทธ, สุชาย ศรีทิพวรรณ และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์ (บรรณาธิการ), *Practical nephrology* (หน้า 173-185). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- ลีนา งามอายุทธ. (2548). คำนำ. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พ.ศ. 2548*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ลีนา งามอายุทธ. (2550). คำนำนายกสมาคม. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD prevention: Strategies and practical points*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2547). เกณฑ์เศรษฐศาสตร์ของโรคไตวายเรื้อรัง. ใน มัณฑนา ภาณุมากรณ์ (บรรณาธิการ), *การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต* (หน้า 123). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ศรัณย์ กอสนาน. (2547). จิตวิทยาในการบริหารผู้ป่วยโรคไตและโรคเรื้อรัง. ใน มัณฑนา ภาณุมากรณ์ (บรรณาธิการ), *การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต* (หน้า 111-119). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ศศิธร ชิดนายิ. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศศิธร ชำนาญผล. (2542). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชการ และสุพรชัย กองพัฒนากุล. (2538). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเทียม: การศึกษาเชิงคุณภาพ*, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล: เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 192.
- ศุภชัย ฐิตธิดาชากุล. (2544). *การล้างไตทางช่องท้อง: Peritoneal dialysis practical and update*. กรุงเทพฯ: บริษัท บั๊กเน็ต จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไลม์ (ไทย) จำกัด.
- สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนันท์ ศรีวิภา และสุกัญญา ปฐมระวี. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา: กรณีศึกษาในกลุ่มผู้ยากไร้*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 16(3), 137-144.

- สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก, จริยา เลิศธรรมยمني และอุบลรัตน์ สันตวัตร. (2543). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. ใน จริยา เลิศธรรมยمني, ประดิษฐ์ สมประกิจ และอุบลรัตน์ สันตวัตร (บรรณาธิการ). *งานวิจัยทางคลินิก* (หน้า 109-126). กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- สุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด้านเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 281-287.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี นิมนานิตย์, เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์, ทวี ชาญชัยรุจิรา, ลีนา งามอายุทธ และสง่า นิลวางกูร. (2549). *มารู้จักโรคไตวายเรื้อรังกันเถอะ*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- โสภณ จิรศิริธรรม, เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์, วสันต์ สุเมธกุล และเสาวลักษณ์ ชูศิลป์. (2547). *ตำราการปลูกถ่ายไต: Textbook of kidney transplantation*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ กรุงเทพเวชสาร.
- อัมภวรรณ ใจเปี้ย. (2543). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย*, วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD prevention: Strategies and practical points* (หน้า 43-56). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล จิพสมานบุญ. (2544). การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี*, 14(2), 11-18.
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer a comparison of patients with health and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 327-334.
- Barlow, J. H., Sturt, J., & Hearnshaw, H. (2002). Self-management interventions for people with chronic conditions in primary care: Examples from arthritis, asthma and diabetes. *Health Education Journal*, 61, 365-378.
- Beto, J. A., & Bansal, V. K. (2004). Medical nutrition therapy in chronic kidney failure: Integration clinical practice guidelines. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 404-409.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *American Medical Association*, 288, 2469-2475.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Burrowes, J. D. (2008). Issues affecting dietary adherence. In Byham-Gray, L. D., Burrowes, J. D. & Chertow, G. M. (Eds.), *Nutrition and Health: Nutrition in Kidney Disease* (pp. 543-553). NJ: Humana Press.
- Cameron, L. D. (2003). Anxiety, cognition, and responses to health threats. In L. D. Cameron and H. Leventhal (Ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 157-183). London: Routledge.
- Campoy, S., & Elwell, R. (2005). Pharmacology & CKD. *American Journal of Nursing*, 105, 60-71.
- Canal, C., Pellicer, R., Rocha, C. I., Calero, F., Gracia, S., Montanes, R., et al. (2008). Table for estimating glomerular filtration rate from plasma creatinine. *Nefrologia*, 3, 317-324.
- Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 203-212.
- Clark, N. M. (2003). Management of chronic disease by patient. *Annual Review of Public Health*, 24, 289-313.
- Coresh, J., Astor, B. C., Greene, T., Eknoyan, G., & Levey, A. S. (2003). Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third national health and nutrition examination survey. *American Journal of Kidney Disease*, 41, 1-12.
- Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Eggers, P., et al. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *American Medical Association*, 298, 2038-2047.
- Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients ?. *The CANNT Journal*. 16, 22-26.

- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 147-155.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A. (2004). Illness representation and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 19, 2078-2083.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., et al. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *The American Society of Nephrology*, 2, 484-490.
- Curtin, R. B. & Mapes, D. L. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28, 385-394.
- Curtin, R. B., Bultman, D. C., Thomas-Hawkins, C., Walters, B. A. J., & Schatell, D. (2002). Hemodialysis patient's symptom experiences: effects on physical and mental functioning. *Nephrology Nursing Journal*, 29, 562-574.
- Curtin, R. B., Sitter, D. C. B., Schatell, D., & Chewning, B. A. (2004). Self-Management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 31, 378-396.
- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimentions. *Nephrology Nursing Journal*, 32, 389-395.
- Curtin, R. B., Walters, B. A. J., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 15, 191-205.
- Diefenbach MA. & Leventhal H. (1996). The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Soc Distress Homeless*, 5, 11-38.
- Dijk, S. V., Scharloo, M., Kaptein, A. A., Thong, M. S. Y., Boeschoten, E. W., Grootendorst, D. C., et al. (2009). Patients' representations of their end-stage renal disease: relation with mortality. *Nephrol Dial Transplant*, 24, 3183-3185.
- Dumler, F., & Kilates, C. (2005). Prospective nutritional surveillance using bioelectrical impedance in chronic kidney disease patient. *Journal of Renal Nutrition*, 15, 148-151.

- Fowler, C., & Baas, L. S. (2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 173-187.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analysis review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Harvey, K. S. (2008). Nutrition and pharmacologic approaches. In L. D. Byham-Gray, J. D. Burrowes & G. M. Chertow (Eds.), *Nutrition and health: Nutrition in kidney disease* (pp. 191-226). NJ: Humana Press.
- Hekler, E. B., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. J. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *J Behav Med*, 31, 391-400.
- Jadoulle, V., Hoyois, P., & Jadoul, M. (2005). Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clinical Nephrology*, 63, 113-118.
- Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patient s on dialysis: Strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34, 479-486.
- Kanfer, F. H. (1980). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 334-384). NY: Pergamon Press Inc.
- Krespi, R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., & Salmon, P. (2004). Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Education and Counseling*, 53, 189-196.
- Krongyuth, S. (2004). *Effects of nutritional promoting program on nutritional health promoting behaviors in chronic renal failure patient*. The degree of master of nursing science, Mahidol University.
- Kugler, C., Vlaminc, H., Haverich, A., & Maes, B. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 25-29.
- Lai, K-T., Chan, H. S-Y., Leung, V. K-H., Mok, L. Y-H., Chow, K-M., Law, M-C., et al. (2005). *Hong Kong J Nephrol*, 7(2), 82-89.
- Law, G. U., Kelly, T. P., Huey, D., & Summerbell, C. (2002). Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: Do illness representations play a regulatory role? *Journal of Adolescent Health*, 31, 381-385.

- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping change over the life course. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging* (pp. 291). CA: Academic Press, Inc.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. C. A. H. Leventhal (Ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Levey, A. S., Green, T., Sarnak, M. J., Wang, X., Beck, G. J., Kusek J. W., et al. (2006). Effect of dietary protein restriction on the progression of kidney disease: Long-term follow-up of the modification of diet in renal disease (MDRD) Study. *American Journal of Kidney Disease*, 48, 879-888.
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjoden, P. O. (2000). Perceived consequences of being a renal failure patient. *Nephrology Nursing Journal*, 27, 291-297.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26, 1-7.
- Maag, J. W. (2004). Teaching self-management. In J. W. Maag (Ed.), *Behavior Management* (pp. 323-347). Canada: Wadsworth, a division of Thomson Learning, Inc.
- Methakanjanasak, N. (2005). *Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis*. Doctor of philosophy in nursing, Chiang Mai University.
- Mollaoglu, M. (2006). Perceived social support, anxiety, and self-care among patient receiving hemodialysis. *Dialysis & Transplantation*, 1-7.
- Moreira, L. B., Fernandes, P. F. C. B. C., Mota, R. S., Monte, F. S., Galvao, R. I. M., Sousa, D. F., et al. (2008). Medication noncompliance in chronic kidney disease. *JNEPHROL*, 21, 354-362.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 39, S1-S266.

- O'Connor, S. M., Jardine, A. G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's self-regulatory model. *Journal of psychosomatic Research*, 65, 191-200.
- Ogden, J. (1996). Illness cognitions. In J. Ogden (Ed.), *Health psychology: a textbook* (pp. 36-58). Buckingham: Open University Press.
- Ong-ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsa, P., & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrology*, 10(35).
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. NY: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Porth, C. M. (2005). Renal failure. In 7 (Ed.), *Pathophysiology: concepts of altered health states* (pp. 833-849). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reynolds, N. R., & Alonzo, A. A. (2000). Self-regulation: The commonsense model of illness representation. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 483-494). CA: Sage Publications, Inc.
- Reynolds, N. R., Eller, L. S., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., et al. (2007). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcome: A multi-site, cross-cultural study. *AIDS Behav.* 1-10.
- Richard, C. (2006). Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 387-394.
- Rungruangsiripan, M. (2009). The relationships among social support, therapeutic alliance, experience of medication side-effects, illness representation, intention to change adherence behavior, and self-reported adherence behavior in schizophrenic patients at the follow-up visit. The degree of doctor of philosophy, Mahidol University.
- Sa-ngakul, S. (2006). *Self-efficacy influence on health-promoting behaviors of hemodialysis patients. The degree of master of nursing science*, Mahidol University.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representation among patient with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184.

- Stall, S. (2008). Protein recommendations for individuals with CKD stages 1-4. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 279-282.
- Thomas-Hawkins, C., & Zazworsky, D. (2005). Self-management of chronic kidney disease. *American Journal of Nursing*, 105, 40-49.
- Timmers, L., Thong, M., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Heijmans, M., Rijken, M., et al. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*, 23, 679-690.
- Tobin, D. L., et al. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research*. NY:Academic Press, Inc.
- Tong, A., Sainsbury, P., Chadnan, S., walker, R. G., Harris, D. C., Carter, S. M., et al. (2009). Patient' s experiences and perspectives of living with CKD. *American Journal of Kidney Disease*, 53, 689-700.
- Tungsanga, K., et al. (2005). Experience with prevention programs in Thailand. *Kidney Int*, 67, 68-69.
- Velez, E., & Ramasco, M. (2006). Meaning of illness and illness representations, crucial factors to integral care. *EDTNA/ERCA JOURNAL*, 32, 81-85.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J., Peterson, R. A., et al. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *The American Society of Nephrology*, 16, 2487-2494.
- Zhang, Q.-L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public Health*, 8, 1-13.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมิน การรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง

1. นายแพทย์ บุญธรรม จิระจันทร์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต
งานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
2. นาง เพ็ญศรี อินทรสถิตย์
พยาบาลชำนาญการ
งานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
3. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง
4. พ.ท. หญิง อัจฉรา บุญกาญจน์
หัวหน้าพยาบาล หน่วยโรคไต
แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. นาง อารณีย์ สิริประณีต
หัวหน้าพยาบาล หน่วยไตเทียม
หอผู้ป่วยโรคไต สง่า นิลวรานุกร โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้ป่วย

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า/แยก ☐ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ สูงกว่าปริญญาโท
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาโท
5. ภูมิลำเนา.....
6. อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ รับจ้าง
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ ค้าขาย ☐ อื่นๆ.....
7. รายได้.....ต่อเดือน
8. สิทธิการรักษา.....

สำหรับผู้เจ้าหน้าที่

9. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง.....ปี
10. โรคร่วม.....
11. ยาที่ได้รับ.....
12. อัตราการกรองของไต (GFR).....มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
13. ระยะของโรค..... () แพทย์วินิจฉัย () เปิดตาราง
14. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร (ค่า BMI = ...)
15. ความดันโลหิต.....mmHg
16. Blood Chemistry: BUN.....mg/dl Cr.....mg/dl Alb.....mg/dl FBS.....mg% HbA1c.....
17. CBC: RBC..... 10^6 /UL Hb.....g/dl Hct.....%
18. Urine () Spot () 24 hrs. () UA: Protein.....Micro-albumin.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

1. ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดจากการเจ็บป่วย

ข้อความต่อไปนี้เป็นอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับคุณตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โปรดระบุว่าท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ให้ตรงกับช่องที่ท่านมีประสบการณ์ และถ้าหากท่านเคยมีอาการนั้นๆโปรดระบุว่าอาการนั้นๆ รบกวนหรือมีผลต่อชีวิตท่านมากน้อยเพียงใดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยการใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึของท่าน

อาการ	ฉันเคยมี อาการนี้ ภายหลังที่รู้ ว่าตนเอง ป่วยด้วย โรคไต เรื้อรัง		ถ้าตอบว่าใช่ โปรดระบุว่าอาการนั้นรบกวนหรือมีผลต่อท่านมากน้อย เพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
	ใช่	ไม่ ใช่	ไม่ รบกวน เลย	รบกวน เล็กน้อย	รบกวน ปาน กลาง	รบกวน มาก	รบกวน มากที่สุด
1. ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง							
2. ความแข็งแรงของร่างกายลดลง มีอาการอ่อนล้า และอ่อนแรง							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
14. เกิดจุดจ้ำเลือดตามตัวได้ง่าย							
15. ขาปลายมือปลายเท้า							

2. สาเหตุของการเจ็บป่วย

แบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบความคิดเห็นว่าอะไรที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของท่าน คนแต่ละคนอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ และท่านอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างจากแพทย์/พยาบาล หรือคนในครอบครัวของท่าน ไม่มีคำว่าผิดหรือถูกในการแสดงความคิดเห็นของท่าน ข้อความดังต่อไปนี้เป็นรายการของสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่อย่างน้อยเพียงใด โดยการใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

สิ่งที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยเฉย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ความเครียดหรือความกังวล					
2. กรรมพันธุ์หรือมีคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน					
.					
.					
.					
11. ภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป					
12. บาปกรรมหรือสิ่งไม่ดีที่ฉันเคยทำในอดีต					

3. ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยเฉย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การเจ็บป่วยจะอยู่กับฉันเป็นเวลานาน					
2. การเจ็บป่วยของฉันดูเหมือนว่าจะเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากกว่าชั่วคราว					
.					
.					
.					
6. ฉันไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการเจ็บป่วยของฉันจะเป็นอย่างไรต่อไป					
7. อาการต่างๆที่เกิดจากการเจ็บป่วยของฉัน เป็นๆหายๆ					

4. การควบคุมและการรักษา

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยเฉย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การรักษาที่ฉันได้รับจะช่วยรักษาโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
2. ถึงแม้ว่าฉันจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อาการต่างๆก็ยังคงเดิม					
.					
.					
.					
.					
13. การกระทำของฉันไม่ได้มีผลต่อผลลัพธ์ในการรักษา					
14. ฉันเชื่อว่าตัวฉันเองมีความสามารถที่จะควบคุมการเจ็บป่วยของฉันได้					

5. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยเฉย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การเจ็บป่วยของฉันเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง					
2. การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลอย่างมากมาต่อชีวิตฉัน					
.					
.					
.					
.					
12. การเจ็บป่วยทำให้กิจกรรมในสังคมของฉันลดลง					
13. การมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยทำให้ฉันค้นพบบางแง่มุมดีๆ ของการมีชีวิตอยู่					

6. ภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยเฉย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมักจะมีอาการซึมเศร้าเมื่อนึกถึงการเจ็บป่วยของฉัน					
.					
.					
.					
.					
6. การเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกวุ่นวายจนเป็นสิ่งที่ไม่น่าพอใจ					

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่พึงกระทำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำดื่ม และการรับประทานยา ตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและกรูณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านกระทำหรือเป็นข้อความที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุด การเลือกตอบให้ถี่ถ้วนดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือประมาณ 5-6 วันต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้งหรือประมาณ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์

นานนานครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นนานนานครั้งหรือประมาณ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ไม่เคย	นาน นาน ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ
1. ฉันรับประทานอาหารดังต่อไปนี้					
1.1 อาหารที่ใส่ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผง บะหมี่สำเร็จรูป					
1.2 อาหารที่เป็นเครื่องปรุงรส เช่น กะปิ ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำปลา					
1.3 เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง แหนม ไส้กรอก ปลาเจ่า ปลาส้ม					
2. ฉันรับประทานอาหารที่ใช้เกลือปรุงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวันหรือใช้น้ำปลา ซิอิ๊วไม่เกิน 3 ช้อนชาต่อวัน หรือกินรสจัดเหมือนที่โรงพยาบาล					
3. ฉันรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อวัว หมู ไก่ ปลา มื้อละไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะ					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
21. ฉันสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยาต่างๆ					
22. ฉันปรับเปลี่ยนยาในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ลดขนาดยาเมื่ออาการดีขึ้น เมื่อนั้นลืมกินยามื้อใดมื้อหนึ่ง ฉันจะเพิ่มขนาดยาที่จะกินในมื้อถัดไป					
23. ฉันซักถามแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร เกี่ยวกับวิธีการกินยา ประโยชน์ของยาแต่ละชนิด และอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ					

แบบทดสอบสภาพจิต (Thai Mental State Examination: TMSE)

1. ORIENTATION (6 คะแนน)	คะแนน
(1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสฯ ฯลฯ)	-----
(1) วันนี้ วันที่เท่าไร	-----
(1) เดือนนี้ เดือนอะไร	-----
(1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เย็น บ่าย เย็น)	-----
(1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)	-----
(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)	-----
2. REGISTRATION (3 คะแนน)	
(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ)	-----
เพียงครั้งเดียวแล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก	-----
ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก	-----
*หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง	
และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครูจะกลับมาถามใหม่	
3. ATTENTION (5 คะแนน)	
ให้บอกวันอาทิตย์ วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)	
(1) ศุกร์	-----
(1) พฤหัสดี	-----
(1) พุธ	-----
(1) อังคาร	-----
(1) จันทร์	-----
4. CALCULATION (3 คะแนน)	
ให้คำนวณ 100 – 7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิด	
ในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถามถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1	
ให้ตั้ง 93 – 7 ลงมาในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86 – 7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ	
(1) 100 – 7	-----
(1) – 7	-----
(1) – 7	-----
5. LANGUAGE (10 คะแนน)	
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป	-----
“เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)	
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป	-----
“เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)	

- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้
จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบ
ประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
- (1) หีบกระดาดด้วยมือขวา -----
- (1) พับกระดาดเป็นครึ่งแผ่น -----
- (1) แล้วส่งกระดาดให้ผู้ตรวจ -----
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง) -----
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่สามารถทำได้
(ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด) -----
- (1) กล้วยกับส้มเหมือนกันคือผลไม้ -----
แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต) -----
6. RECALL (3 คะแนน)
- (1) ต้นไม้ -----
- (1) รถยนต์ -----
- (1) มือ -----
- คะแนนรวม -----
- ผู้ตรวจ -----

ภาคผนวก ก

ตาราง 14 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	ค่าความเชื่อมั่น	
		n = 30	n = 109
1. แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง	67	0.75	0.77
- การรับรู้ลักษณะเฉพาะของความเจ็บป่วย	15	0.80	0.93
- การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย	12	0.63	0.74
- การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย	7	0.66	0.60
- การรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาโรค	14	0.68	0.74
- การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการเจ็บป่วย	13	0.82	0.78
- การตอบสนองทางอารมณ์	6	0.91	0.83
2. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง	23	0.74	0.85

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวแสงวิ มณีสรี
สถานที่วิจัย คลินิกโรคไต และแผนกผู้ป่วยนอกโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 080-2215229
ผู้ให้ทุน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำลังดำเนินการขอทุนสนับสนุนการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และไม่มีภาวะผิดปกติด้านการรับรู้

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ประมาณ 109 คน โดยใช้ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ (ขอให้ระบุเป็นข้อๆ เพื่อให้ดูง่าย เช่น)

1. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ก่อนทำแบบสอบถามในส่วนอื่น โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 10 นาที ถ้าได้คะแนนรวม 23 คะแนนหรือน้อยกว่า ท่านไม่ต้องทำแบบสอบถามในส่วนอื่นๆต่อ สำหรับผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จะดำเนินการตอบแบบสอบถามในส่วนอื่นๆต่อ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 67 ข้อ และชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 23 ข้อ

2. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ท่านจะดำเนินการตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คาดว่าใช้เวลาในการทำแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ในกรณีที่ท่านไม่เข้าใจข้อคำถามท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้าท่านมีปัญหาในการอ่านผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟังทีละข้อ และช่วยเหลือท่านในระหว่างการตอบแบบสอบถาม

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัดกับบางคำถาม หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

การเข้าร่วมในการวิจัยนี้อาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้าง แต่ไม่มีความเสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อตัวท่าน และหากท่านไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับท่านเมื่อเข้าร่วมการวิจัย โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย โดยให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน ไม่มีการให้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาวแสงรวี มณีศรี ตามหมายเลขโทรศัพท์ 080-2215229 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เพื่อชดเชยเวลาและเป็นค่าเดินทางให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านละ 200 บาท และผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6241-6, 02-849-6066 โทรสาร 02-849-6247

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาว แสงรวี มณีศรี เบอร์ โทรศัพท์ 080-2215229 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลข โทรศัพท์ 02-849-6241-6, 02-849-6066 โทรสาร 02-849-6247

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบ

ต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....) วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) วันที่.....

ภาคผนวก จ
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

	13208	
ที่ ศบ 6393(23)/ ๖๖๖	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200	
๖ ธันวาคม 2551		
เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย		
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล		
อ้างถึง หนังสือ ที่ ศบ 0517.05/6660 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2551		
ตามที่คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางสาวแสงวี มณีศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวกมล เมธากาญจนศักดิ์ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น		
บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมขออนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ ในการศึกษาวิจัยได้		
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ		
เรียน คณะบดี ☒ เพื่อโปรดทราบ ☐ สำหรับเรื่องอื่น..... เรื่องส่ง..... ๖๖๖	ขอแสดงความนับถือ (รองศาสตราจารย์วารินทร์ ปิ่นแก้ว) รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย	
งานบริการการศึกษา โทร. 053-942423 โทรสาร 053-942435	- ๖๖๖ - ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖	
๖๖๖ - ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖	๖๖๖ ๖๖๖	๖๖๖ ๖๖๖

ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R

Dear Sangrawee

You are welcome to use the tool

Bets wishes

Rona

Rona Moss-Morris (PhD, CPsychol)

Professor of Health Psychology

School of Psychology

University of Southampton

Highfield Southampton

SO17 1 BJ

Co Editor-in-Chief Psychology and Health

<http://www.tandf.co.uk/journals/authors/gpshauth>.

email: remm@soton.ac.uk

mobile: 07920 113969

work phone: 02380 597549

<http://www.psychology.soton.ac.uk/people/ShowProfile.php?username=remm&source=acres>

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการวิจัยในคน



COA. No. MU-IRB 2009/109.0206

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Factors Influencing Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Sangrawee Maneesri

Name of Institution. Faculty of Nursing

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 1 June 2009
2) Participant Information sheet version date 1 June 2009
3) Informed Consent form version date 1 June 2009
4) Questionnaire version received date 29 April 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 2 June 2009

Date of Expiration. 1 June 2010

Signature of Chairman.
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute.
(Associate Professor Sanisane Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 52 /2552

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

(ภาษาอังกฤษ) “Factor Influencing Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาว แสงวี มณีศรี
ตำแหน่ง -
สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552

ลงนาม
(รศ.คลินิก (พิเศษ)พ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม
(นายสมปอง ธนไพศาลกิจ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ณ
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ
(Multiple regression analysis)

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ สมการที่ได้จากการวิเคราะห์และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2551; Munro, 2001 อ้างถึงใน ปาริชาติ โรจน์พลากร-กุ่ม และยุวดี ฤาชา, 2549) มีดังนี้

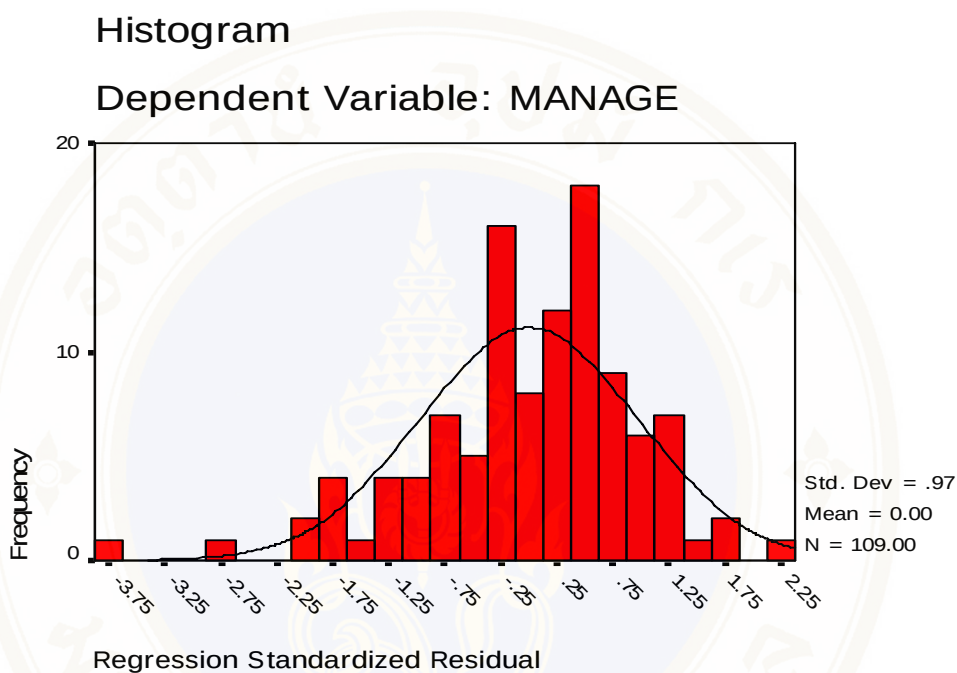
1. ตัวแปรอิสระที่ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่มีค่าสูงจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity (มากกว่า 0.85) ซึ่งอาจมีผลทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรหนึ่งไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชื่อถือไม่ได้ ซึ่งจากการตรวจสอบในงานวิจัยนี้พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.85 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity (ตารางที่ 12)

2. การอ้างอิงทางสถิติถึงลักษณะที่สำคัญของประชากร มีเงื่อนไขว่าการแจกแจงของข้อมูลต้องเป็นแบบปกติ ในงานวิจัยนี้พบว่าการแจกแจงของตัวแปร rating มีการแจกแจงใกล้เคียงแบบปกติหรือค่อนข้างมีความสมมาตร คือเบ้ซ้ายเล็กน้อยเท่านั้น นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาจากค่าสถิติพบว่า mean = 79 ในขณะที่ median = 81 ถือว่าใกล้เคียงกัน จึงพอสรุปได้ว่าเป็นค่าเดียวกัน ดังภาพ 1

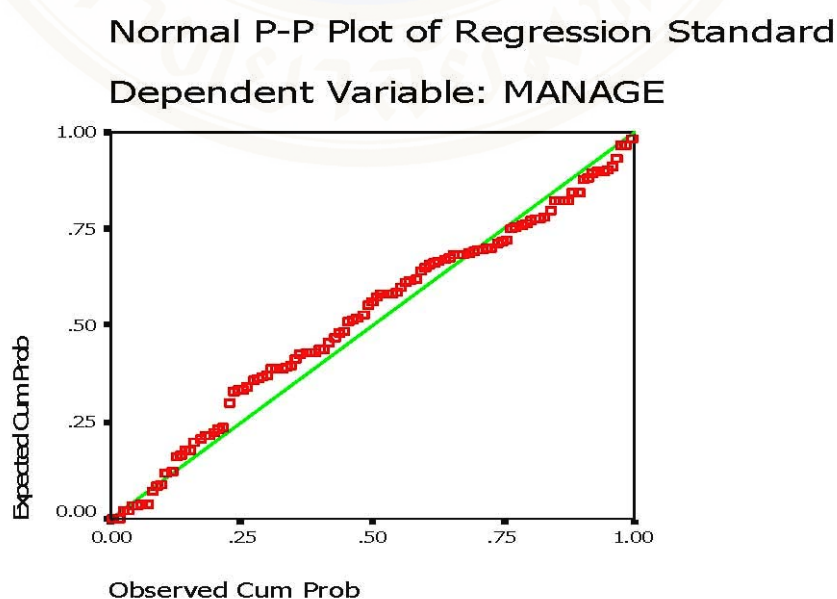
3. การแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Residual) เป็นแบบปกติ (Normal) โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 0 ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบแล้ว พบว่าค่า Normal Probability Plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเป็นเส้นตรง ดังภาพ 2

4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (y) สำหรับทุกๆ ค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีค่าเท่ากัน (Homoscedasticity) ถ้าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอน แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่หรือมีความเป็นเอกภาพ ซึ่งจากการพิจารณาภาพระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 ดังภาพ 3

5. การตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อน (Non-autocorrelation) โดยใช้สถิติ ทดสอบ Durbin-Watson ถ้ามีค่าใกล้ 2 (นั่นคือ มีค่าในช่วง 1.5-2.5) แสดงว่าไม่มีปัญหา autocorrelation ซึ่งจากการตรวจสอบในการวิจัยนี้ พบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.001 แสดงว่าไม่มีปัญหา autocorrelation



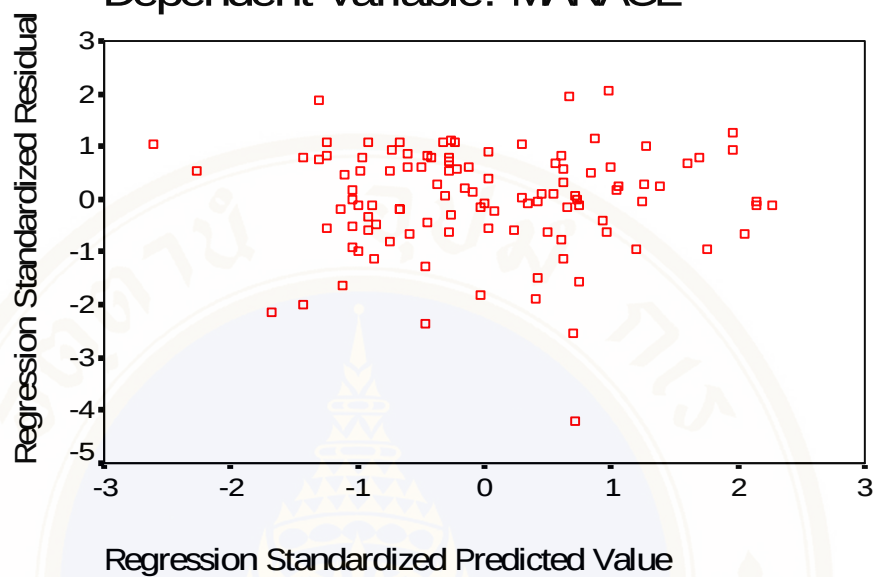
ภาพ 1 Histogram of residual



ภาพ 2 Normal Probability Plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residual)

Scatterplot

Dependent Variable: MANAGE



ภาพ 3 Scatter plot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาว แสงวี มณีศรี
วัน เดือน ปีเกิด	28 มิถุนายน พ.ศ. 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พ.ศ. 2544-2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา	1) ทุนเฉลิมพระเกียรติฯ 60 ปี ครองราชย์สมบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ทุนวิจัย จำนวน 24,600 บาท จาก ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ (ชื่อเดิม ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ลีนา งามอายุทอง)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2548-2550 พยาบาลประจำการ แผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2551- ปัจจุบัน อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต โทรศัพท์ 080-2215229 E-mail: oh_sangrawee@hotmail.com