

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

จอห์น พริทท์ ฟิลลิปส์

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์

ผู้วิจัย

สมศรี งามวิมลรัตน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neurosciences)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร. อ. -

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคตศุทธ,

D.S.N.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. อ. -

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,

M.D. Dr. Med. (ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์โรคไต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. น. -

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. น. -

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2554

รศ.หญิงพจิรา อูไรรัตน์

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อูไรรัตน์

ผู้วิจัย

นางสาว พงศ์ถาวรรณ

รองศาสตราจารย์คณิน พงศ์ถาวรรณ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,

M.D. Dr. Med. (ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์โรคไต)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neurosciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรีบุญดุษฎ,

D.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นางสาวโทหญิงเบญจพร เรืองพานิช,

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์โรคไต)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุคศุทธ และศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจเป็นอย่างดี ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. คณิงนิง พงศ์ถาวรกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนางวาทิหญิงเบญจพร เรืองพานิช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าสาขาวิชาวิภควิทยา ตลอดจนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไตทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา สมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงร้อยตำรวจเอกพงษ์ศักดิ์ เกตุมาลา ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี ขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท รหัส 51 ที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตอัสเสบทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยมอบแด่ บพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

FACTORS INFLUENCING RELAPSE PREVENTION BEHAVIORS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์ 5136777 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินิช, Ph.D. (NEUROSCIENCES), อรวรรณ ศรียุคศุทธ,
D.S.N., ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, M.D. (Dr. Med)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ได้ร้อยละ 19.8 ($R^2 = .198, p < .05$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .241, p < .05$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = .213, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง จึงควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ของกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมทั้งปัจจัยด้านแรงจูงใจอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน / การกำเริบ / ไตอักเสบเรื้อรัง

FACTORS INFLUENCING RELAPSE PREVENTION BEHAVIORS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS

LIEUTENANT PORNJIT URAIRAT 5136777 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D. (NEUROSCIENCES), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N., TANYARAT TEERAPORNLERTRATT, M.D. (Dr. Med)

ABTRACT

The present study aimed at investigating factors influencing behaviors to prevent relapses in 100 patients with lupus nephritis who were treated at the Outpatient Department of Siriraj Hospital. The health belief model and the social support concept were employed as the framework of the study. The instruments used in data collection included the demographic characteristics questionnaire, knowledge about lupus nephritis questionnaire, perceived barriers to action questionnaire, social support questionnaire, and behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis questionnaire. Data were analyzed by means of descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The study findings revealed that 85% of the patients had a high level of behaviors to prevent relapses of lupus nephritis. In addition, the multiple regression analysis indicated that knowledge about lupus nephritis, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms of lupus nephritis could co-predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis by 19.8% ($R^2 = .198$, $p < .05$). The factor with the highest level of influence on behaviors to prevent relapses of lupus nephritis was social support ($\beta = .241$, $p < .05$), followed by knowledge about lupus nephritis ($\beta = .213$, $p < .05$).

The findings of the present study helped confirm that knowledge about the disease and social support have an influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis. Therefore, guidelines to disseminate knowledge about the disease should be developed to enable patients with lupus nephritis to gain easy access to needed information. Furthermore, provision of social support should be promoted. Finally, other factors included in the health belief model such as perceived benefits of action, perceived severity of the disease, and other motivational factors which may influence behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis should further be investigated so as to enable patients with lupus nephritis to develop correct and more appropriate behaviors to prevent relapses.

KEY WORDS: PREVENTION BEHAVIOR / RELAPSE / LUPUS NEPHRITIS

166 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคไตอักเสบลูปัสและผลกระทบ	13
แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	25
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ในผู้ป่วย	
ไตอักเสบลูปัส และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
สรุป	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
แหล่งเก็บข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	70
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	109
รายการอ้างอิง	131
ภาคผนวก	144
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	145
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	146
ภาคผนวก ค การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	153
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	160
ภาคผนวก จ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ	163
ประวัติผู้วิจัย	166

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม	54
4.2	ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะความเจ็บป่วย	57
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรค	59
4.4	พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน	60
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคได้ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อ	61
4.6	คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ	62
4.7	พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน	63
4.8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อาการของโรค	64
4.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนอาการของโรคที่เกิดขึ้น	64
4.10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการของโรคที่เกิดขึ้น	65
4.11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค	65
4.12	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคจำแนกตามรายด้าน	66
4.13	คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ	67
4.14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรคกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง	68
4.15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระ: ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม: พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง	69

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2.1	กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตอักเสบรูปีส (Lupus Nephritis: LN) เป็นโรคที่เกิดจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติของร่างกายในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) ทำให้มี immune complex ไปเกาะที่ไต และเกิดกระบวนการอักเสบตามมา (Eddy, 2004; Kriz & LeHir, 2005) โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคไตอักเสบรูปีสทั่วโลก ยังไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่นอนได้ เนื่องจากการเข้ารับบริการตรวจรักษาของผู้ป่วยมักจะขึ้นอยู่กับความผิดปกติตามระบบ และอาการที่เกิดขึ้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Mason, Ravirajan, & Rahman, 2004) แต่มีการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรที่มีจำนวนอุบัติการณ์การเกิดโรคไตอักเสบรูปีสมากที่สุด คือ ประชากรในแถบทวีปเอเชีย ซึ่งมีถึงร้อยละ 55 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Ortega, Schultz, Lenz, Pardo, & Contreras, 2009) แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไตอักเสบรูปีสในประเทศไทย ยังไม่สามารถระบุได้เช่นเดียวกับทั่วโลก แต่พบว่า ถ้าทำการตรวจพยาธิสภาพของไตในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ทุกราย จะพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 90 และถ้าใช้เกณฑ์การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ หรือดูปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ จะพบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 50 – 70 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542) จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2534 มีผู้ป่วยไตอักเสบรูปีส จำนวนทั้งสิ้น 569 ราย (Shayakul, et al., 1995) ร่วมกับสถิติผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,555 ราย (สถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า อุบัติการณ์การเกิดไตอักเสบรูปีส ในผู้ป่วยเอส แอล อี มีมากกว่าร้อยละ 50 (ย้งยศ อวิหิงสานนท์, ฉัญฐิยา พิมทะโนทัย และสมชาย อรรถศิลป์, 2547; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Ortega, et al., 2009; Pollak & Pirani, 1997; Seshan & Jennette, 2009; Shayakul, et al., 1995; Singh & Salama, 2009) จึงคาดคะเนได้ว่า ในจำนวนผู้ป่วยเอส แอล อี 3,555 ราย น่าจะมีอุบัติการณ์การเกิดไตอักเสบรูปีส มากกว่า 1,776 ราย

ไตอักเสบรูปีส เป็นภาวะที่เกิดได้บ่อย และอาจมีความรุนแรงมาก จนนำไปสู่ภาวะไตวายหรือเสียชีวิตได้ (ย้งยศ อวิหิงสานนท์ และคณะ, 2547; Lightstone, 2010) โดยพบว่าการอักเสบของไตมักเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงปีแรก ไปจนถึง 4 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยโรคเอส แอล อี (Mittal,

Rennke, & Singh, 2005) ซึ่งการดำเนินของโรคมีทั้งระยะสงบและระยะที่มีการกำเริบ พบอัตราการกำเริบของโรคในระยะเวลา 5-10 ปี มีถึงร้อยละ 25-50 (Balow & Austin, 2000; Ponticelli & Moroni, 1998) การกำเริบของโรคไตอักเสบเรื้อรัง จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของไต โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของไตบ่อยครั้ง จะมีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้มากขึ้น (Ponticelli & Moroni, 1998) ซึ่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของไตดังกล่าว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น มีของเสียคั่งในร่างกาย มีอาการบวม เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และอาการที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่อร่างกายโดยตรงแล้ว อาการเหล่านี้ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้โรคเอส แอล อี ที่เป็นโรคประจำตัวอยู่เดิม เกิดการกำเริบและมีอาการที่รุนแรง ซึ่งทั้งการกำเริบของโรคเอส แอล อี และภาวะความดันโลหิตสูง ล้วนส่งผลสะท้อนกลับไปทำให้ไตเกิดความเสียหายมากขึ้น (Cameron, 2001) และจากการศึกษาติดตามในระยะยาว พบว่า ร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยเอส แอล อี ที่ไตถูกทำลาย กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) และต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต (Jain, Valerie Bloomfield, & Clark, 2009; Pollak & Pirani, 1997) เป้าหมายการดูแลรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมุ่งเน้นการดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมและส่งเสริมการทำงานของไต โดยการควบคุมโรค ไม่ให้กำเริบและมีความรุนแรงมากขึ้น (Ortega, et al., 2009; Pisetsky, Gilkeson, & St. Clair, 1997) และแม้ว่าในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาแนวทางการใช้ยาในกลุ่มของยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกันให้มีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น แต่พบว่าอัตราการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ยังไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงสิบปีที่ผ่านมา และยังมีรายงานผลข้างเคียงจากการได้รับยาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง (Chan, 2005) ความท้าทายของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงมุ่งเน้นการหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อควบคุมโรคให้สงบ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษาให้น้อยที่สุด (Davidson & Aranow, 2010)

ปัจจัยที่จะทำให้การควบคุมการกำเริบของโรคประสบความสำเร็จ คือการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเกิดความเสียหาย และผลการตอบสนองที่ดีของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาทั้งในเรื่องยาที่ใช้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Ayodele, Okpechi, & Charles, 2010; Lightstone, 2010; Moroni, et al., 2007) ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ทั้งในด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้โรคเอส แอล อี กำเริบ การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ และลดอัตราการกำเริบของโรคให้น้อยที่สุด

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้โรคเอส แอล อี กำเริบ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงสัมผัสแสงแดดโดยตรง การป้องกันการติด

เชื่อ หลีกเลี่ยงสารกระตุ้นที่ทำให้เกิดการแพ้ หลีกเลี่ยงภาวะเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการมาพบแพทย์ตามนัด (อนิรุทธ ภัทรกาญจน์, 2551) ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของไตเกิดขึ้น นอกจากที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามปกติจากโรคเอส แอล อี แล้ว ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเพิ่มขึ้นและนานมากขึ้นตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับไต เช่น ยาลดการอักเสบ ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน ยาขับปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาเหล่านี้ เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ อ้วน หน้าเป็นสิ่ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อาการปวดท้อง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ (ลิณา งามอายุพร, 2548) ผิวหนังบาง ต้อกระจก กระดูกผุ (Chan, 2005) ในบางครั้งผลข้างเคียงของยา โดยเฉพาะที่มีผลต่อภาพลักษณ์ เช่น น้ำหนักเพิ่ม มีสิ่ว หน้าบวม ก็มีผลทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาหรือลดขนาดของยาเอง ทำให้การรักษาไม่ได้ผลและโรคกำเริบมากขึ้น (คณาจารย์ สาขาวิชาวักกะวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2548; Lightstone, 2010) นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า ปรับปรุงปริมาณโปรตีน เกลือ โซเดียม หรือลดผักและผลไม้ตามระยะของโรค ซึ่งอาจขัดแย้งกับความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยได้รับทราบมาก่อนหน้านี้ เนื่องจากโรคเอส แอล อี อาจมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะใดก็ได้ บางครั้งอาจเกิดกับหลายอวัยวะพร้อมๆ กัน และมีการเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละช่วงเวลา การปรับเปลี่ยนอาหารบางอย่างอาจมีข้อขัดแย้งกันเอง และต้องมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตามอาการ ผู้ป่วยจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง (ปริยานุช แยมวงษ์, 2551) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับอาการและระยะของโรค รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรม ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งตัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ถึงแม้ว่าการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง หรือในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี แต่จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อและรับรู้ว่า โรคที่กำลังเผชิญอยู่ หรือโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น จะมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร่วมกับต้องมีความเชื่อว่า ถ้าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม ก็จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคนั้นๆ ได้ (Li, Wallhagen, & Froelicher, 2007; Schofield, Kerr, & Tolson, 2007; Schroetter & Peck, 2008; Strecher & Rosenstock, 1997)

ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนมีโอกาสที่จะเกิดโรครดังกล่าว หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) ปัจจัยบางประการที่อาจมีอิทธิพลกับความเชื่อดังกล่าว และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัส ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่า ความรู้ เป็นปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) พื้นฐาน ที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากความรู้จะนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้สถานะคุกคามของโรค รวมไปถึงรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่บุคคลนั้นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ (Strecher & Rosenstock, 1997) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน โดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน (Chang, 2005; Doheny, Sedlak, Estok, & Zeller, 2007) ความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัส จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับรู้และเกิดความตระหนักว่า โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิต และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามคำแนะนำ จะสามารถช่วยลดความรุนแรงดังกล่าวได้ นอกจากนี้ ปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค คือปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในองค์ประกอบทั้งหมดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่า องค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสำคัญที่สุด ที่จะเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Strecher & Rosenstock, 1997) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ทั้งในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับมากที่สุด เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (ศุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548) ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วนิดา ตันเจริญรัตน์, 2548) การควบคุมน้ำหนักในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองตีบ (Sullivan, White, & Young, 2008) และพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550; Deshpande, Basil, & Basil, 2009) ซึ่งในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัสหลายรายที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ แม้จะรับรู้ว่าคำแนะนำดังกล่าวมีประโยชน์ต่อตนเอง เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอุปสรรคบางอย่างที่มาขัดขวางการ

ปฏิบัติพฤติกรรม เช่น มีข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงแสงแดด หลีกเลี่ยงงานหนัก หรือพักผ่อนเป็นเวลาได้ มีเงินไม่เพียงพอที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ ไม่มีผู้ดูแลหรือพามาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งไม่มีเวลาออกกำลังกาย ซึ่งการรับรู้ต่ออุปสรรคดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามคำแนะนำได้ นอกจากนั้นในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้กล่าวถึง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม (Cues to action) ทั้งจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายของตนเองที่เกิดจากอาการของโรคหรือความเจ็บป่วย และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับข่าวสารทางสื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์และวารสาร เอกสารความรู้จากทีมผู้ดูแล ใบนัดตรวจของแพทย์ คำแนะนำจากแพทย์พยาบาล และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามีภรรยา บิดามารดา เพื่อนหรือญาติสนิท ซึ่งสิ่งกระตุ้นดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย (Strecher & Rosenstock, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยเอส แอล อี ของ อุไรวรรณ สาสังข์ (2548) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัว ($r = 0.18$) สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ดันเจริญรัตน์ (2548) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .407, p < .01$) ซึ่งในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร ตลอดจนการรับประทานยาตามระยะและความรุนแรงของโรค ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอาจต้องได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลอื่น เช่น ญาติ เพื่อน คนใกล้ชิด ตลอดจนคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล นอกจากนั้นการรับรู้อาการของโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น ก็อาจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะชักนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเกิดขึ้นบ่อย เช่น อาการไข้ ผื่นแดง อ่อนเพลีย บวม ความดันโลหิตสูง สีและจำนวนของปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป (Shayakul, et al., 1995) อาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรง และภาวะคุกคามของโรค ที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่า อาการต่างๆ ของโรคที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยเกิดความระมัดระวังและดูแลตนเอง เนื่องมาจากการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นมีมากขึ้น (Strecher & Rosenstock, 1997)

อย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มีความรุนแรงและพบได้บ่อยในผู้ป่วยเอส แอล อี ที่กำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงมีความ

สนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้แก่ ปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อการดูแลและให้คำแนะนำที่ครอบคลุม ตรงประเด็น สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ดีและเหมาะสม ลดความรุนแรงและการกำเริบของโรค และสามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

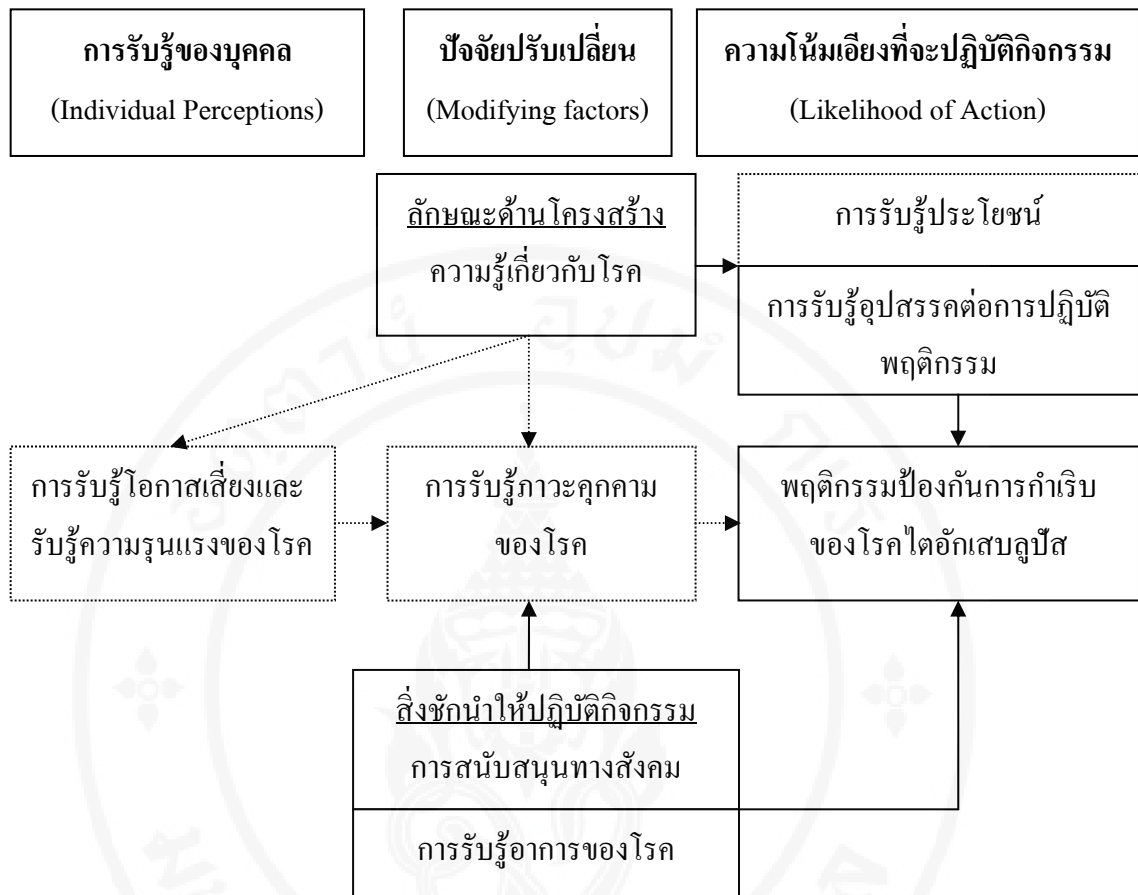
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher และ Rosenstock (1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากแนวคิดทางจิตวิทยาที่พยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับความเชื่อและเจตคติของแต่ละบุคคลที่มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) มีองค์ประกอบย่อยคือ ลักษณะด้านโครงสร้าง ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ลักษณะทางสังคมจิตวิทยา ลักษณะทางโครงสร้าง และสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรม (Cues to action) ซึ่งสิ่งชักนำดังกล่าวอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งของ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น อาการหรือลักษณะความเจ็บป่วยของโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด สื่อสิ่งพิมพ์ ใบนัดตรวจติดตามผล ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค เช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อที่จะป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการเกิดซ้ำของโรค ลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปีส โดยในหลักการควบคุมการกำเริบของโรคได้อีกเสบลูปีสนั้น ไม่ใช่มีเพียงการใช้ยาบำบัดรักษา แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคที่อาจมีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทั้งด้านอาการ การรักษา การสังเกตอาการที่ผิดปกติ รวมไปถึงการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในด้านต่างๆ (Pollak & Pirani, 1997) เพื่อที่จะนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกำเริบและรับรู้ความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคยังทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังเป็นทั้งปัจจัยโดยตรงและโดยอ้อม ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ซึ่ง

เป็นตัวกลางของการรับรู้ส่วนบุคคลที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยในผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก จะมีโอกาสไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (สุกรินทร์ หาญวงศ์, 2548; Strecher & Rosenstock, 1997; Sullivan, et al., 2008) นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ก็อาจเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการส่งเสริม สนับสนุน และได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ รวมไปถึงได้รับการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น และอาจส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมามากขึ้น (Shanks, 2008) นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นสิ่งชักนำโดยตรงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการรับรู้อาการของโรค ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละราย จะมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้อาการของโรคมมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความระมัดระวังและตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น เนื่องจากการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมามากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามคำแนะนำ (Strecher & Rosenstock, 1997)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ศึกษาในส่วนที่เป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยปรับเปลี่ยน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และองค์ประกอบด้านความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงองค์ประกอบด้านสิ่งชักนำการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งสามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ดัดแปลงจาก: กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher และ Rosenstock (1997)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) โดยศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบดูปัส ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 และมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 100 ราย

นิยามตัวแปร

ความรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยได้อักเสบดูปัส เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคได้อักเสบดูปัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วยโรคได้อักเสบดูปัส เกี่ยวกับปัจจัย หรือสาเหตุต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีพื้นฐานมาจากการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher และ Rosenstock (1997) ร่วมกับแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยอรพรรณ ศรียุคศุทธ และคณะ (2547)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วยได้อักเสบดูปัส สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติของ Zimet และคณะ (1988) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธกัญพล บุญยมาลิก (2548)

การรับรู้อาการของโรค หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคได้อักเสบดูปัส ถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย และความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นเช่น อาการไข้ ปวดข้อหลายๆ ข้อ แพ้แดดแล้วมีผื่นขึ้นที่ใบหน้า ผื่นแดงตามแขนขา อ่อนเพลีย และบวม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Molino, et al., 2009; Shayakul, et al., 1995) วัดโดยการสอบถามประวัติการมีอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วย

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค หมายถึง การกระทำต่างๆ ของผู้ป่วยโรคได้อักเสบดูปัส ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค ประกอบไปด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำผู้ป่วย ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อุบัติเหตุที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบ และลดความรุนแรงของโรคได้อีกเสบลูปีส
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปีส และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียง ตลอดจนเป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 โรคไตอักเสบเรื้อรังและผลกระทบ

2.1.1 พยาธิกำเนิด

2.1.2 ผลกระทบจากโรค

2.1.3 แนวทางการรักษา

2.1.4 พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

2.2 แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

2.3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.3 การสนับสนุนทางสังคม

2.3.4 การรับรู้อาการของโรค

2.4 สรุป

2.1 โรคไตอักเสบรูมาตและผลกระทบ

2.1.1 พยาธิกำเนิด

โรคไตอักเสบรูมาต เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยเอส แอล อี แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดไตอักเสบในผู้ป่วยเอส แอล อี ยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัด แต่จากการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การเกิดมากกว่าร้อยละ 50 (ยั้งศ อวิหิงสานนท์ และคณะ, 2547; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Berden, 1997; Cameron, 1999; Ortega et al., 2009; Pollak & Pirani, 1997; Seshan & Jennette, 2009) และจากการศึกษาติดตามระยะยาวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะไตอักเสบเกิดขึ้นภายใน 3-4 ปีแรก หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอส แอล อี (Korbet, Lewis, Schwartz, Reichlin, Evans, & Rohde, 2000; Mittal, Rennke, & Singh, 2005) ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะพบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 72 ภายในระยะเวลา 10 ปี และร้อยละ 61 ในระยะเวลา 20 ปี (Molino, Fabbian, & Longhini, 2009)

ไตอักเสบรูมาต เป็นภาวะที่มีการอักเสบของไตในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี โดยมีการหลั่งของ autoantibody และกระตุ้นทำให้เกิด immune complex สะสมและเกาะที่ไต เกิดกระบวนการอักเสบตามมา สร้างความเสียหายต่อโกลเมอรูลัส มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและสูญเสียหน่วยไต สูญเสียความสามารถในการกรองของไต ทำให้มีการรั่วของอัลบูมินและโปรตีนขนาดใหญ่ออกมา (Kriz & LeHir, 2005) ซึ่งความเสียหายของโกลเมอรูลัส จะสัมพันธ์กับระดับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ โดยถ้าเกิดความเสียหายรุนแรง ระดับโปรตีนรั่วจะยิ่งสูง การรั่วของโปรตีนปริมาณมากจะสัมพันธ์กับหน้าที่ไตที่ลดลงมาก (Tryggvason & Pettersson, 2003) โดยโปรตีนที่รั่วออกมาจะส่งผลทำให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดไต และทำให้เซลล์เข้าสู่กระบวนการตายเอง มีการหลั่งสารอักเสบต่างๆ เช่น เอ็มซีพี-1 (MCP-1) อินเตอร์ลิวคิน เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กลายเป็นพังผืดในเนื้อไต ซึ่งปริมาณพังผืดนี้จะมีสัมพันธ์กับหน้าที่ไตที่ลดลงในโรคไตเรื้อรัง (D'Amico, Ferrario, & Rastaldi, 1995)

ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้โรคไตอักเสบรูมาตมีความรุนแรงมากขึ้น แบ่งออกเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับไต ได้แก่ มีความผิดปกติเกี่ยวกับหน้าที่ของไตเดิม การได้รับยาเคมีภูมิคุ้มกันซ้ำ มีการตอบสนองของไตในระหว่างทำการรักษาโรคเอส แอล อี มีอาการแสดงที่เกิดจากความเสียหายของไต และปัจจัยอื่นๆ เช่น เป็นเพศชาย มีความผิดปกติในระบบเลือด (เช่น เกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ) เป็นโรคเอส แอล อี ตั้งแต่อายุน้อย มีภาวะคอมพลิเมนต์ในเลือดต่ำเป็นระยะเวลานาน (Persistent hypocomplementemia) ระดับแอนติบอดีสเตรนติเอ็นเอแอนติบอดี (anti-dsDNA antibodies) เพิ่มขึ้น หลังได้รับการรักษา (Molino et al., 2009) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

เช่น มีภาวะโลหิตจาง (ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 26 กรัมต่อเดซิลิตร) ระดับครีเอตินินในเลือดสูง (มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ตั้งแต่แรกวินิจฉัย หรือระดับครีเอตินินในเลือด ไม่ลดลงสู่ระดับปกติภายใน 48 สัปดาห์ มีความรุนแรงของโรคเอส แอล อี มาก ระดับพยาธิสภาพที่ไตรุนแรง มีความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาการกำเริบของโรคนานและมีประวัติการกำเริบของโรคบ่อย การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี เป็นชนผิวดำ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษา รวมทั้งในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547; Molino et al., 2009; Pidiropoulos, Kritikos, & Boumpas, 2005; Singh & Salama, 2009)

การจำแนกโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเลือกแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นการจำแนกโรคจากพยาธิสภาพที่ไตโดยการตรวจชิ้นเนื้อไต ยังช่วยค้นหาความผิดปกติในผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมกับให้คำแนะนำที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Mittal et al., 2005) โดยพยาธิสภาพของไตในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง สามารถจำแนกได้ดังนี้ (Weening et al., 2004)

Class I โกลเมอรูลัสปกติ

(A) ตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆในทุกเทคนิค

(B) ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา ไม่พบความผิดปกติ แต่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนพบความผิดปกติ และ/หรือตรวจชิ้นเนื้อพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์

Class II Mesangial cell ผิดปกติ (Mesangiopathy)

(A) มีความกว้างและจำนวนเพิ่มขึ้น

(B) มีการกระจายตัว

Class III มีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบเพียงบางส่วนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของโกลเมอรูลัส และ Mesangial cell ผิดปกติเล็กน้อยถึงปานกลาง

(A) มีรอยโรคที่กำลังอักเสบ

(B) มีรอยโรคที่กำลังอักเสบและมีพังผืด

(C) มีรอยโรคที่เป็นพังผืด

Class IV มีการแพร่กระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบ (Diffuse glomerulonephritis) และมีการเกาะของ Immune complex บริเวณใต้เยื่อหุ้มจำนวนมาก

(A) มีการแพร่กระจายตัวแต่ไม่มีรอยโรคที่เนื้อไต

(B) มีการแพร่กระจายตัวร่วมกับมีรอยโรคที่กำลังอักเสบ

(C) มีการแพร่กระจายตัวร่วมกับมีรอยโรคที่กำลังอักเสบและมีพังผืด

(D) มีการแพร่กระจายตัวร่วมกับมีรอยโรคที่เป็นพังผืด

Class V มีการแพร่กระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบในเยื่อหุ้ม (Diffuse membranous glomerulonephritis)

- (A) มีการแพร่กระจายของเซลล์ที่อักเสบเฉพาะบริเวณเยื่อหุ้ม
- (B) สัมพันธ์กับรอยโรคระดับ 2 (A และ B)

Class VI มีการเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่อักเสบกลายเป็นเนื้อตายหรือพังผืด (Advanced sclerosing glomerulonephritis)

ต่อมาสมาคมโรคไตแห่งนานาชาติ (International Society of Nephrology/Renal Pathology Society; ISN/RPS) ในปี ค.ศ. 2003 ได้พัฒนาเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการจำแนกระดับพยาธิสภาพที่ไต ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ไม่เหลื่อมล้ำซึ่งกันและกัน โดยมีการเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับปริมาณพื้นที่ของรอยโรค ครอบคลุมรอยโรคของโกลเมอรูลัส หลอดฝอยไต และเส้นเลือดของไต เพื่อให้การวินิจฉัยรวมถึงแนวทางการดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Chan, 2005; Weening et al., 2004) ดังนี้

Class I ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนพบความผิดปกติ และ/หรือตรวจชิ้นเนื้อไตพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เล็กน้อย

Class II มีการเพิ่มจำนวนของ Mesangial cell โดยอาจมีทั้งความกว้าง และ/ หรือมีการกระจายตัวเพิ่มขึ้น

Class III มีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบ ทั้งในเนื้อไต หลอดเลือดฝอยไต แต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนโกลเมอรูลัส

- (A) มีรอยโรคที่กำลังอักเสบ
 - (A/C) มีทั้งรอยโรคที่กำลังอักเสบและรอยโรคเดิม
 - (C) มีเฉพาะรอยโรคเดิม

Class IV มีการกระจายตัวเซลล์ที่อักเสบทั้งในเนื้อไต หลอดเลือดฝอยไต มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนโกลเมอรูลัส

- (A) มีรอยโรคที่กำลังอักเสบ และมีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบบางส่วน
 - (A/C) มีทั้งรอยโรคที่กำลังอักเสบและรอยโรคเดิม มีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบมากขึ้น มีเนื้อไตแข็ง

- (C) มีเฉพาะรอยโรคเดิม มีการกระจายตัวของพังผืดและแผลเป็นในเนื้อไต

Class V มีการอักเสบที่ชั้นเยื่อหุ้มอาจพบร่วมกับ ระดับ 3 หรือระดับ 4

Class VI มีการเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่อักเสบเป็นพังผืดมากกว่า 90% ของโกลเมอรูลัส

จะเห็นได้ว่าสมาคมโรคไตแห่งนานาชาติ ได้พัฒนาเกี่ยวกับการจำแนกพยาธิสภาพที่ไต เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงความเรื้อรังและการดำเนินของโรค (activity and chronicity) รวมทั้งแผลเป็น (scarring) ที่เกิดขึ้นจากการอักเสบของไต (Singh & Salama, 2009) รวมถึงอธิบายการเกิดพยาธิสภาพต่อโกลเมอรูลัส หลอดฝอยไต และหลอดเลือดของไต (Chan, 2005)

ความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิวิทยาของเนื้อไตกับอาการแสดง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542)

1. กลุ่มไตอักเสบ Mesangial glomerulonephritis หรือมีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 2 พบได้ประมาณร้อยละ 10 – 20 มักไม่ค่อยมีอาการอะไร อาจตรวจพบเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ มีผู้ป่วยน้อยรายมากที่มีการทำงานของไตเสื่อมลงหรือมีอาการของ Nephrotic syndrome กลุ่มนี้จะมีการพยากรณ์โรคดีมาก และไม่ต้องการการรักษาใด ๆ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเรื่องภายนอกไต (extrarenal)

2. กลุ่มที่มีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบเพียงบางส่วนและเฉพาะที่ (Focal and segmental proliferative) หรือมีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 3 พบได้ประมาณร้อยละ 10 – 20 กลุ่มนี้จะมีอาการรุนแรงมากกว่าระดับ 2 มักตรวจพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ ประมาณร้อยละ 30 เกิด Nephrotic syndrome ชัดเจน

3. กลุ่มที่มีการกระจายตัวของเซลล์ที่อักเสบอย่างรวดเร็ว (Diffuse proliferative) หรือมีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 4 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดและรุนแรงที่สุด ผู้ป่วยเกือบทุกรายที่ตรวจพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ นอกจากนี้ยังพบการทำงานของไตที่ไม่มีประสิทธิภาพ และมีอาการของ Nephrotic syndrome ได้บ่อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ควรที่จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ โดยการให้ยา steroid ขนาดสูง ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น Cyclophosphamide หรือ Azathioprine

4. กลุ่มที่มีการอักเสบที่ชั้นเยื่อหุ้ม (Membranous glomerulonephritis) หรือมีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 5 พบได้ประมาณร้อยละ 10 – 20 ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการของ Nephrotic syndrome บางรายพบว่ามีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย แต่ไม่ค่อยพบมีการทำงานของไตเสื่อมลง การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างดี การรักษาด้วยยา steroid อย่างเดียวมักไม่ได้ผล ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นๆ ยังมีน้อยอยู่

5. กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่อักเสบกลายเป็นเนื้อตายหรือพังผืด (Advanced sclerosing glomerulonephritis) หรือมีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 6 ผู้ป่วยมีลักษณะของไตเสื่อมเรื้อรัง ขนาดของไตมักจะเล็ก ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ควรให้ยากดภูมิคุ้มกันอีก ยกเว้นให้สำหรับการรักษา

อาการภายนอกไต เพราะไตไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อผลข้างเคียงยาสูง ควรให้การรักษาแบบประคับประคองเหมือนกับไตเสื่อมเรื้อรังทั่วไป

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงทางคลินิกและพยาธิสภาพของไต อาจไม่จำเป็นต้องเป็นตามที่กล่าวไว้แล้วเสมอไป ผู้ป่วยบางรายพบเพียงโปรตีนในปัสสาวะหรือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย หรือการทำงานของไตปกติ แต่ตรวจพยาธิวิทยาของไต อาจจะเป็น ระดับ 4 ก็ได้ นอกจากนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของไตในผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นเองหรือเกิดตามหลังจากการรักษาก็ได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Chan, 2005; Mittal et al., 2005)

จากอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถแบ่งผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542)

1. กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ (Mild lupus nephritis) คือมีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า 1 กรัม ต่อ 24 ชั่วโมง การทำงานของไตปกติ (ครีเอตินินในเลือด น้อยกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ความดันโลหิตปกติ (พยาธิสภาพของไตมักจะเป็นระดับ 1 หรือ 2) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาในแง่ของไต แต่จำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของไตได้

2. กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (Moderate lupus nephritis) คือมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม ต่อ 24 ชั่วโมง การทำงานของไตปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในแง่การเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพราะพยาธิสภาพของไตอาจจะเป็นระดับ 2, 3, 4 หรือ 5 ก็ได้

3. กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคระดับสูง (Severe active lupus) คือมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม ต่อ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการทำงานของไตเสื่อมลง (ครีเอตินินในเลือด มากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และมักจะมี ความดันโลหิตสูงร่วมด้วย พยาธิสภาพของไตส่วนใหญ่จะเป็นระดับ 4 แต่บางรายอาจเป็นระดับ 5 หรือ 3 มักจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเต็มที่และรวดเร็วที่สุด ก่อนที่จะมีการทำลายเนื้อไตมากยิ่งขึ้นไปอีก และเกิดเป็นพยาธิสภาพที่ถาวร แก้ไขไม่ได้

การตรวจเนื้อไต

การตรวจพยาธิสภาพของเนื้อไต ช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ได้แม่นยำ และแน่นอน แต่ส่วนใหญ่ไม่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของปัสสาวะ ซึ่งมีข้อบ่งชี้ว่าควรตรวจเนื้อไตในกรณีดังต่อไปนี้ (ทวีพงษ์ ปาจริย, 2546)

1. ลักษณะทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่แน่ใจว่าจะเป็นโรคไตอักเสบเฉียบพลัน
2. มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมด้วย (ครีเอตินินในเลือด มากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)
3. ได้รับการรักษาด้วยยา Prednisolone มานานกว่า 8 สัปดาห์แล้ว ยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาเท่าที่ควร
4. การตรวจเนื้อไตซ้ำ มักจะทำในรายที่ต้องการการดูแลการพยากรณ์โรค เพื่อแยกระหว่างระยะที่กำลังมีการอักเสบ หรือกลายเป็นพังผืดไปแล้วในเนื้อไต

2.1.2 ผลกระทบจากโรค

จากการศึกษาติดตามในระยะยาว พบว่า เกือบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคไตอักเสบเฉียบพลัน กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy; RRT) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี นับจากเริ่มเกิดโรค (Berden, 1997; Jain et al., 2009; Pollak & Pirani, 1997) ซึ่งผู้ป่วยหลายรายได้รับผลกระทบจากอาการความผิดปกติจากโรคเอส แอล อี เดิม เช่น อาการอ่อนล้า ปวด นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง (Thumbo et al., 2000) นอกจากนั้นการอักเสบของไตในโรคเอส แอล อี ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องมียุทธศาสตร์ความเจ็บป่วยที่นานขึ้น รวมถึงปริมาณยาที่ใช้ การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษา ที่ต้องเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลทั้งต่อภาวะเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งยาที่ใช้สำหรับลดการอักเสบของไตส่วนใหญ่ มักจะมีผลข้างเคียงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ไปจนถึงกรณีที่มีผลข้างเคียงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ยาในกลุ่ม Cyclophosphamide ที่อาจทำให้เกิดเซลล์มะเร็งและเป็นหมันได้ (Jain et al., 2009) สำหรับผลกระทบจากภาวะไตอักเสบเอง ก็อาจมีความรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงและอาการที่เป็นผลจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคเอส แอล อี และเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไตเสียหายมากขึ้น และการอักเสบของไตที่เกิดขึ้น ยังส่งผลให้เกิดโปรตีนในปัสสาวะ ทำให้สูญเสียโปรตีนออกนอกร่างกาย อาจทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน หรือกลายเป็นโรคไตเรื้อรังได้ รวมไปถึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะไตบวม น้ำ การทำงานของระบบเลือดผิดปกติ และความดันโลหิตสูงแบบฉับพลัน (Ortega et al., 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมา ทำให้เห็นได้ว่าการกำเริบของโรคไตอักเสบเฉียบพลัน สามารถทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ เนื่องจากการอักเสบของไตที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด

โรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น โดยปัจจัยทำนายนการกำเริบของโรคที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่สามารถที่จะควบคุมโรคให้อยู่ในระยะที่สงบได้ (Tumlin, 2008)

2.1.3 แนวทางการรักษา

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตอวัยวะสืบพันธุ์ เช่นเดียวกับเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป ที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวที่สุด ควบคู่ไปกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการที่โรคเอส แอล อี มักจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นในหลายระบบ การจัดการจึงมุ่งเน้นเกี่ยวกับการลดความรุนแรงของอาการ และการดูแลไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่อาจได้รับผลกระทบจากโรคเอส แอล อี (Pisetsky et al., 1997) และสำหรับในผู้ป่วยโรคไตอวัยวะสืบพันธุ์ เป้าหมายการรักษานอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะโรคสงบ (remission) และป้องกันการกำเริบ (relapse) ของโรคแล้ว เป้าหมายที่สำคัญอีกประการคือ การชะลอความเสื่อมของไตและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไต (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547; Pisetsky et al., 1997) หลักการในการรักษาผู้ป่วยโรคไตอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนใหญ่จะเลือกการรักษาตามความรุนแรงของโรคและประเภทของพยาธิสภาพที่ไต (Berdn, 1997) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอวัยวะสืบพันธุ์ ที่มีพยาธิสภาพที่ไตระดับที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์ของโรคดี โอกาสเกิดไตวายต่ำ จึงไม่จำเป็นต้องให้การรักษาที่จำเพาะต่อไต แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่รุนแรง เช่น มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะจำนวนมาก (heavy proteinuria) มีภาวะไตบวม น้ำ มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะมาก ความดันโลหิตสูง และมีการทำงานของไตลดลง จนถึงภาวะไตวายรุนแรง ซึ่งมักพบในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 3 และ 4 กลุ่มนี้ จะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ต้องใช้การรักษาแบบหักโหมเพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายต่อไตอย่างถาวร หลักการรักษาผู้ป่วยไตอวัยวะสืบพันธุ์ ควรประกอบไปด้วย (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547)

1. การประเมินอาการทางระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะที่เป็นอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ เช่น สมอ ระบบโลหิต หลอดเลือดอักเสบ ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาให้ยากดภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม
2. การรักษาในระยะแรกเริ่มของการเป็นโรค (induction) เพื่อให้เข้าสู่ภาวะสงบโดยเร็ว ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมในช่วงแรก อาจสามารถรักษาให้พยาธิสภาพและการทำงานของไตฟื้นคืนมาได้
3. การรักษาในระยะควบคุมอาการให้คงที่ (maintenance) เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ป่วยไตอวัยวะสืบพันธุ์ สามารถมีโอกาสดังกล่าวการกำเริบของโรคได้มากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตในระยะยาว จึงจำเป็นต้องให้การรักษาเพื่อควบคุมอาการให้คงที่ต่อไป อีกอย่างน้อย 1-3 ปี และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

4. การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค ซึ่งอาจมีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากจนมีไตวายเฉียบพลัน แล้วกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป จึงต้องติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะให้การวินิจฉัยและรักษาอาการกำเริบได้ทันทั่วทั้งที่

กล่าวโดยสรุปว่า แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง มักจะประกอบไปด้วย การตรวจและให้การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการเป็นโรค และการรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โปรตีนรั่วในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบอื่นๆ การป้องกันการกำเริบของโรค การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต รวมถึงการรักษาเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรัง (Molino et al., 2009; Pidiropoulos, Kritikos & Boumpas, 2005; Pisetsky et al., 1997) ซึ่งแนวทางหลักของการรักษาประกอบไปด้วย การใช้ยา แต่ในปัจจุบันยังมีข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสม เนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่รวบรวมเป็นระบบค่อนข้างน้อย (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2547; Ortega et al., 2009) แต่มีข้อสรุปโดยทั่วไปคือ ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ มักไม่จำเป็นต้องให้การรักษาที่จำเพาะต่อไต แต่ต้องคอยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง มักจะต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยา steroid ได้แก่ Prednisolone ในขนาดสูง (1 มก./กก./วัน หรือ 40 – 60 มก./วัน) เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ หรืออาจให้ Prednisolone ร่วมกับ ยากดภูมิคุ้มกัน เช่น Cyclophosphamide (1-2 มก./กก./วัน ทางปาก) หรือ Azathioprine (1-2 มก./กก./วัน ทางปาก) เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับสูง ที่มีการทำงานของไตเสื่อมลง และมักจะมี ความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเต็มที่และรวดเร็วที่สุด ซึ่งยาที่ใช้มากได้แก่ Pulse methylprednisolone (500 มก. – 1 กรัม โดยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ) เป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นให้ Prednisolone (20 มก./วัน) หรือให้ Prednisolone ในขนาดสูง (60 มก./วัน) ร่วมกับ Cyclophosphamide ชนิดฉีด (500 มก. – 1 กรัม/ตร.ม.) ทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นให้ทุก 3 เดือนเป็นเวลา 2 ปี หรือให้ Cyclophosphamide ชนิดกิน (1-3 มก./กก./วัน ขึ้นกับการทำงานของไต) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น Azathioprine ทางปาก (2 มก./กก./วัน) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542)

นอกจากนั้นยังมีการรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉพาะ เช่น การรักษาภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรังตามมา และยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของไตได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Jadoul, 2006; Remuzzi & Bertani, 1998) การรักษามักเป็นยาในกลุ่มของ Angiotensin Converting Enzyme

Inhibitors (ACEI) ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ สำหรับในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มักจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม ACEI (หรือ AIIRA ในรายที่มีอาการไอมาก) นอกจากนั้นอาจต้องมีการให้ยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide 40 มิลลิกรัมต่อวัน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีภาวะไตบวม น้ำ และ/หรือมีระดับครีเอตินินในเลือด มากกว่า 2 มก./ดล. ซึ่งทั้งภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และภาวะความดันโลหิตสูง ต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง นอกจากนั้นภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เช่นเดียวกับในผู้ป่วยเอส แอล อี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว สำหรับการรักษามือถือเกิดโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (Advanced Chronic Kidney Disease) ต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เมื่อระดับอัตราการกรองที่โกลเมอรูลัส (Glomerular Filtration Rate: GFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร (เมื่อใช้สูตรของ MDRD หรือ Cockcroft–Gault equation) เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลที่เหมาะสม เช่น ภาวะซีด ภาวะเลือดเป็นกรด การติดตามควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสฟอรัสและพาราไทรอยด์ฮอร์โมน เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และอาจต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อบำบัดทดแทนไต เมื่อมีความจำเป็น (Jadoul, 2006)

จากแนวทางการรักษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาเหล่านั้น เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ อ้วน หน้าเป็นสิ่ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อาการปวดท้อง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ ผิวหนังบาง ต้อกระจก กระดูกผุ (ลินา อองอาญุทธ, 2548; Chan, 2005) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยเต็มใจให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบให้นานที่สุด และลดอัตราการกำเริบของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

2.1.4 พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

การป้องกันการกำเริบของโรค ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นแนวทางหนึ่งในการชะลอความเสื่อมของไต และลดอัตราการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการอักเสบของไต มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการทำงานของไตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของไตเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จะยังมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้มากขึ้น (Balow & Austin, 2000; Ponticelli & Moroni, 1998; Singh & Salama, 2009) และจากการทบทวนเอกสาร

งานวิจัยที่ผ่านมา การที่จะลดอัตราการกำเริบของโรคให้น้อยที่สุด ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรม หรือ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเอส แอล อี ไม่ให้กำเริบ โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามระยะและความรุนแรงของโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง (Ayodele, Okpechi, & Charles, 2010; Lightstone, 2010; Mittal et al., 2005; Singh & Salama, 2009) ดังนี้

การควบคุมโรคเอส แอล อี ไม่ให้กำเริบ

การควบคุมโรคเอส แอล อี ไม่ให้กำเริบ สิ่งสำคัญคือการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการอักเสบได้ดีพอ ทำให้เกิดการกำเริบของโรคเอส แอล อี ที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง อาจมีอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือพิการแบบถาวร รวมทั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในขนาดที่สูง อาการต่างๆเหล่านี้หลีกเลี่ยงได้ หากผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม (อนิรุทธ ภัทรกาญจน์, 2551) ได้แก่

1. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงแดดโดยตรง เนื่องจากแสงแดดอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคและทำให้มีความผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้น (Smith, Fortune-Faulkner, & Spurbeck, 2000) ซึ่งแสงแดด มีรังสีอัลตราไวโอเลตบี ที่สามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยให้มีการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น เกิดผื่นแดงในบริเวณที่ผิวหนังสัมผัสกับแสงแดด โดยเฉพาะในช่วงเวลา 09.00 – 17.00 นาฬิกา และในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องออกนอกตัวอาคาร ควรทาครีมกันแดดบริเวณผิวหนังส่วนที่อยู่นอกร่มผ้า สวมหมวกปีกกว้างหรือกางร่ม สวมเสื้อแขนยาวกางเกงขายาว หรือกะโปรงยาว เพื่อให้ผ้าปิดคลุมแขนขาให้มากที่สุด

2. การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เช่น สารเคมี เครื่องสำอางที่ระคายเคืองต่อผิว หรือยาบางชนิด เช่น Sulfonamide, Thiazide, และ Tetracycline เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแพ้แสงมากขึ้น (Sims & Smith, 1996) ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น ไม่ควรซื้อยารับประทานเองโดยเด็ดขาด นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีผื่นจากโรคเอส แอล อี เอง หรือจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา จึงควรเลือกใช้ยาสระผมที่ไม่ระคายเคืองต่อผิว ไม่มีกลิ่น ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาเคมีต่างๆ เช่น ยาสระผม น้ำยาคัดผม น้ำยาล้างเล็บ เพราะสารเคมีบางชนิดจะทำให้ผื่นรุนแรงมากขึ้น ไม่ควรหิวผื่นบ่อยโดยเฉพาะขณะที่มีผื่นรุนแรง บางครั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาผื่นรุนแรง อาจใช้ผมปลอม ใส่หมวก หรือใช้ผ้าคลุมศีรษะชั่วคราว

3. การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด โดยการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมง ไม่ควรให้ร่างกายเหนื่อยมากเกินไป ทำจิตใจให้แจ่มใสและมองโลกในแง่ดี เมื่อไม่สบายใจควร

พูดคุยปรึกษากับคนใกล้ชิด หาโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาควรปรึกษาแพทย์และพยาบาล

4. การคุมกำเนิด ผู้ป่วยควรคุมกำเนิดจนกว่าอาการของโรคจะสงบ เมื่อต้องการมีบุตรควรปรึกษาแพทย์ก่อน เนื่องจากการตั้งครรภ์อาจทำให้อาการของโรคกำเริบมากขึ้น เป็นอันตรายต่อทั้งตัวมารดาเองและทารก อาจทำให้แท้งบุตรหรือทารกตายในครรภ์ได้ แต่ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีเอสโตรเจนขนาดสูงหรือปานกลาง

5. การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนั้นยังมีการศึกษา พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการออกกำลังกายมีผลต่อการทำงานกล้ามเนื้อดีขึ้น ช่วยลดอาการอ่อนล้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Huang, Chou, Lin, & Chao, 2007) ผู้ป่วยจึงควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน แต่ไม่ควรหักโหมหรือรุนแรงเกินไป ไม่ออกกำลังกายในขณะที่หิวหรืออิ่ม ซึ่งเวลาออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดคือช่วงเช้า แต่ถ้าไม่สามารถออกกำลังกายตอนเช้าได้ ก็ควรทำเมื่อแสงแดดไม่จ้า โดยผู้ป่วยสามารถเลือกประเภทของการออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม

เนื่องจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง แต่จากรายงานการวิจัยในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียง คือ ในผู้ป่วยเอส แอล อี พบว่า การรับประทานอาหารเพื่อลดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ รสไม่จัด และหลีกเลี่ยงผงชูรส (อนิรุท ภัทรกาญจน์, 2551) และจากการศึกษา พบว่า การจำกัดอาหารไขมันในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี จะช่วยลดการกำเริบของโรคได้ ซึ่งเมื่อสามารถควบคุมโรคเอส แอล อี ให้สงบ อัตราการกำเริบของโรคไตอักเสบเรื้อรังก็จะลดลงด้วย นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีอาการบวม และ/หรือ มีความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (รัตนฯ ชวนะสุนทรพจน์, 2547) สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ช่วยชะลอความเสื่อมของไต ได้แก่ การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็ม การจำกัดโปรตีน เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การลดอาหารโปรตีนจะสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ ผู้ป่วยจึงต้องมีการจำกัดอาหารโปรตีนให้เหลือเพียง 0.8-1 กรัม/กิโลกรัม/วัน ซึ่งการจำกัดโปรตีนควรเริ่มตั้งแต่ตรวจพบว่า มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่าพื้นฐานเดิม หรือเพิ่มมากกว่าค่าปกติ (Jadoul, 2006; Locatelli & Del Vecchio, 1999) ในผู้ป่วยบางรายที่มีระดับการทำงานของไตผิดปกติมาก จำเป็นต้อง

มีการจำกัดน้ำ เนื่องจากปริมาณปัสสาวะที่ออกเพิ่มมากขึ้นในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองที่โกลเมอรูลัสเพิ่มขึ้น การจำกัดน้ำในระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความจำเป็นเพื่อช่วยลดการทำงานของไต (Jadoul, 2006)

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำงานของไตที่ลดลง และเกิดจากยาที่ใช้ในการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่มักจะประกอบไปด้วยยา Steroid และยากดภูมิคุ้มกัน (Ortega et al., 2009) จึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อ เนื่องจากร่างกายของผู้ป่วยมีความบกพร่องในภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรค โดยเฉพาะในช่วงที่โรคเอส แอล อี กำเริบ หรือช่วงที่ผู้ป่วยได้รับยา Steroid ในขนาดสูง รวมถึงยากดภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงต้องระวังไม่ให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย เพราะอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ (Pullen, 2007) และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอส แอล อี ที่เสียชีวิตนั้น เนื่องมาจากการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อไม่ควรเข้าใกล้ผู้ที่มีอาการ ไข้หวัด ไอจาม มีน้ำมูก หรือผู้ที่ใช้มีดุน้ำใส หรือสงสัยว่าเป็นโรคอีสุกอีใส หลีกเลี่ยงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีผู้คนแออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า รักษาความสะอาดของช่องปาก รักษาความสะอาดของร่างกาย ดูแลเล็บให้สะอาดและตัดให้สั้นอยู่เสมอ ดูแลผิวหนังไม่ให้แห้งแตกเป็นแผล รวมทั้งไม่แกะเกาเมื่อมีอาการคันหรือเป็นแผล (อนิรุทธ ภัทรกาญจน์, 2551)

2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระบบการทำงานของไต มักจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดแดงตีบแข็ง และพบว่า ผู้ป่วยเอส แอล อี ที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนปกติถึง 16 เท่า ในปัจจุบันอุบัติการณ์เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Bjornadal, Yin, Granath, Klareskog, & Ekblom, 2004) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน การใช้ยา Steroid ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย และปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อรักษาดัชนีมวลกายให้อยู่ในค่าปกติ (Brown, 2005) และควรควบคุมหรืออย่างเด็ดขาด เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลต่อโดยตรงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด สำหรับ

ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะคอเลสเตอรอลสูง จะต้องรักษาให้อยู่ในระดับที่ปกติ ซึ่งมักใช้ยาในกลุ่ม Statin ที่จะสามารถลดระดับคอเลสเตอรอล และลดปัจจัยเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ (Smith, 2004)

3. การมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับคำปรึกษาเพิ่มเติม ตรวจสอบสภาพร่างกายเจาะเลือดหรือเก็บปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นครั้งคราว เมื่อสามารถควบคุมโรคได้ดีแล้ว แพทย์จะพิจารณาขนาดของยาตามความเหมาะสมจนสามารถหยุดยาบางชนิดได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ไข้ ไอ ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว อุจจาระสีดำ หายใจหอบเหนื่อย บวมมาก ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว ไม่ต้องรอจนถึงวันนัดหมาย (อนิรุธ ภัทรกาญจน์, 2551)

2.2 แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของความเชื่อ และการรับรู้ที่ผสมผสานกันระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของสิ่งที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับรู้อุปสรรคของการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และการเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Strecher & Rosenstock, 1997) นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยท่านอื่นๆ ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพไว้ ดังนี้

Janz และ Becker (1984) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา โดยความเชื่อดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

Atkinson และ Permutth-Levine (2009) ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดและการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีหลายๆ องค์ประกอบร่วมกัน และความเชื่อนี้จะสามารถทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าพฤติกรรมใหม่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีกว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิม

ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความรู้ตื้นกึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคล ต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

อังคณา หมอนทอง (2549) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ

สรุป ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลนั้นเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

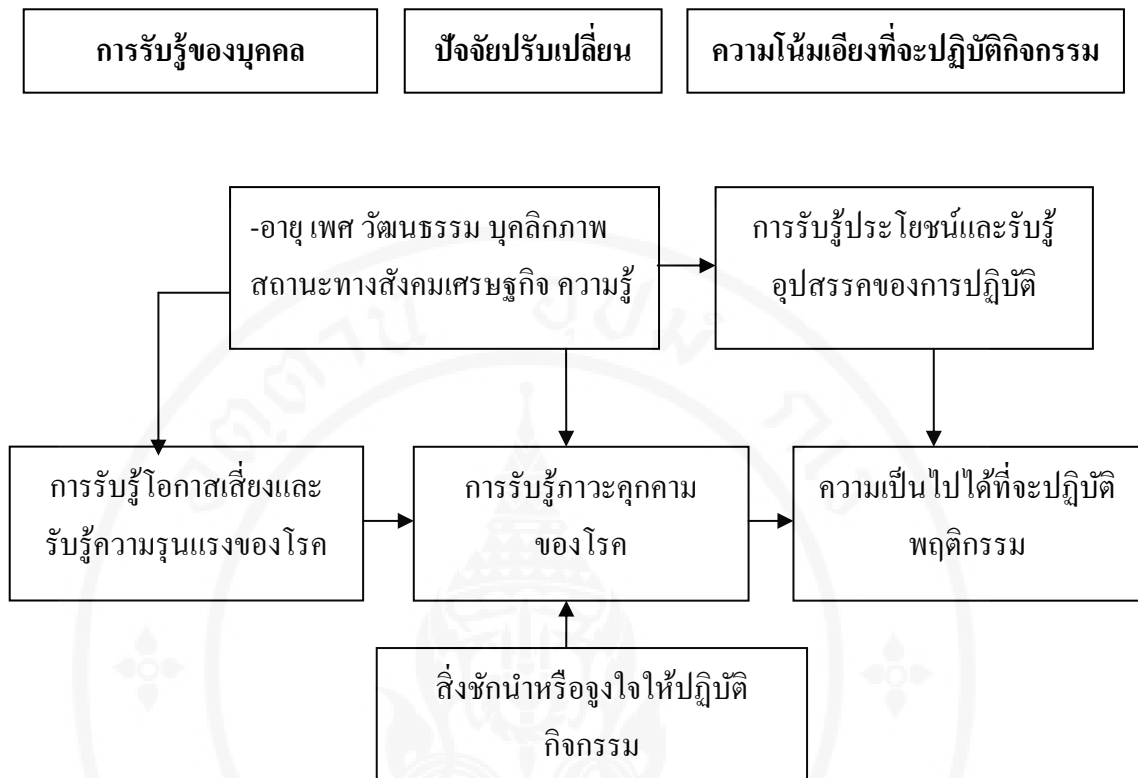
มโนทัศน์ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบจำลองที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002) ที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1950 เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการคัดกรองโรค ในหน่วยบริการทางสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ภายใต้กรอบแนวคิดดั้งเดิมของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกกำหนดโดยความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีที่จะลดอุปสรรคการเกิดโรคของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้ของบุคคลดังกล่าว เกิดจากปัจจัยต่างๆที่อยู่ภายในตัวบุคคลนั้นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Hochbaum, 1958) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของ Kert Lewin (Lewin's Motivation Theory) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลมักจะไม่ได้แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค นอกจากนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Becker & Maiman, 1974)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย Rosenstock และคณะ ในปี ค.ศ. 1974 โดยลักษณะโครงสร้างของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และเนื่องจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกๆที่กล่าวมานั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรคเท่านั้น จึงได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาเพิ่มเติม และพยายามที่จะเสนอแนวคิดที่แตกต่างออกไป แต่ผลการวิจัยก็ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมผู้ป่วยได้ และบางครั้งเกิดความขัดแย้งกันเอง

Becker จึงได้พัฒนาและรวบรวมแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาใหม่ เพื่อที่จะทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ โดยส่วนประกอบพื้นฐานของ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลาย ซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมขึ้นอยู่กับค่านิยมหรือเป้าหมายของแต่ละบุคคล และการคาดคะเนถึงแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมายนั้นๆ (Becker & Maiman, 1974) ต่อมา Strecher และ Rosenstock ในปี ค.ศ. 1997 ได้ปรับปรุงและพัฒนาแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับความเชื่อและเจตคติของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) มีองค์ประกอบย่อยคือ ลักษณะด้านโครงสร้าง ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ลักษณะทางสังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรม (Cues to action) เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น อาการหรือความเจ็บป่วยของโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด สื่อสิ่งพิมพ์ ใบนัดตรวจติดตามผล ฯลฯ ซึ่งปัจจัยปรับเปลี่ยนอาจไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) โดยรูปแบบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher และ Rosenstock (1997) สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 2.1 ดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Strecher & Rosenstock, 1997)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Variables) และความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นับว่าเป็นสิ่งที่มีพลังในการกระตุ้นการรับรู้ เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้วัดใหญ่ และทำให้บุคคลเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันการเกิดโรค (Chen et al., 2007) ซึ่งเป็นไปตามหลักความจริงที่ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลนั้นจะพยายามทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพื่อที่จะป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ในทางกลับกัน เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตามไปด้วย แต่ก็อาจจะมีแน่นอนเสมอไป เพราะในบางครั้งแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่ก็ยังมี

พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคที่ไม่ดี เช่น นักเรียนในวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์สูง แต่กลับมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคต่ำ (Lewis & Malow, 1997) เช่นเดียวกับที่บุคคลไม่ยอมหยุดใช้สารที่ทำให้มีผิวสีแทน แม้จะรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ผิวหนัง (Lamanna, 2004) จึงอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง สามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมได้เพียงบางสถานการณ์เท่านั้น แต่ไม่ใช่ทั้งหมด และเมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Stretcher & Rosenstock, 1997) นอกจากนั้นในองค์ประกอบนี้ บางกรณียังรวมถึง การยอมรับผลการวินิจฉัยว่าตนเองมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว และอาจต้องมีพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงหรือการเกิดซ้ำของโรค (มันทนา จำภา, 2007)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) องค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้กล่าวถึง ความเชื่อของแต่ละบุคคลที่เชื่อว่าโรคมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต หรือมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงมักเกิดจากการได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกว่าการเกิดโรสดังกล่าวทำให้การดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม (Stretcher & Rosenstock, 1997) และจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Daddario, 2007) ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค

2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Variables)

ปัจจัยปรับเปลี่ยนอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มักจะมีผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ฯลฯ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค การรักษา และการใช้ยา ฯลฯ โดยในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะและองค์ประกอบเหล่านี้แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตสังคม และระดับการศึกษา (Stretcher & Rosenstock, 1997)

สิ่งชักนำการปฏิบัติ (Cues to action) แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ข้อสังเกตว่าบางครั้งพฤติกรรมอาจเกิดจากสิ่งชักนำ ซึ่งสิ่งชักนำอาจจะเป็นบุคคลหรือสิ่งของที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น อาการของโรค ประสบการณ์

ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด สื่อสารมวลชน ป้ายโฆษณา คำแนะนำจากบุคคลอื่น ใบนัดตรวจจากแพทย์ หรือคำเตือนจากสลากสินค้า (Ali, 2002; Graham, 2002; Stretcher & Rosenstock, 1997)

3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action)

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าหรือประโยชน์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Baranowski, Cullen, Nicklas, Thompson, & Baranowski, 2003) รวมถึงประโยชน์อื่นๆ นอกเหนือจากภาวะสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหารเพื่อลดค่าใช้จ่ายเรื่องยาในผู้ป่วยเบาหวาน การหยุดสูบบุหรี่เพื่อลดค่าใช้จ่าย (Stretcher & Rosenstock, 1997) และการเข้ารับการตรวจเต้านมเพื่อความสะดวกสบายใจของสมาชิกในครอบครัว (มณฑิลา จำภา, 2007)

การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เนื่องมาจากแนวคิดที่ว่าไม่มีสิ่งใดที่จะได้มาโดยง่าย แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพจึงได้พิจารณาถึงประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีการประเมินอุปสรรคของการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป และในองค์ประกอบทั้งหมดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อกันว่า องค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสำคัญที่สุด ที่จะเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า พฤติกรรมใหม่จะให้ประโยชน์มากกว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิม และจะสามารถทำให้บุคคลนั้นผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2004)

จากรายงานการวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรค และการลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

Welch และคณะ (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหารโซเดียม ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 229 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหารโซเดียมของผู้ป่วย (Welch, Bennett, Delp, & Agarwal, 2006) และมิงานวิจัยที่ศึกษาในส่วนของปัจจัยชักนำการปฏิบัติของ Valeberg และคณะ (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการ

ใช้ยาแก้ปวด ของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของประเทศนอร์เวย์ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 174 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งชักนำการปฏิบัติ คืออาการปวด ทั้งความรุนแรงของอาการปวดและระยะเวลาที่ปวด มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย (Valeberg, Miaskowski, Hanestad, Bjordal, Moum, & Rustoen, 2008) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Ali และ Haddad (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ในประเทศจอร์แดน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 98 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายต่ำ จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายสูง (Ali & Haddad, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Charron-Prochownik และคณะ (2001) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการควบคุมโรค ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 80 คน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค (Charron-Prochownik, Sereika, Becker, Jacober, Mansfield, & White et al., 2001)

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจเต้านมด้วยเครื่อง Mammogram ในผู้หญิงชาวเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถทำนายการเข้ารับการตรวจเต้านมด้วยเครื่อง Mammogram ได้ (Ham, 2004) และจากการศึกษาพฤติกรรมลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองตีบ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 126 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างได้ (Sullivan, White, Young, & Scott, 2009)

สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; ศิริพร ประมะ, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศศิธร ดวงมัน (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ มั่นจินา จำภา (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาล พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กระดุกพรุณ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคกระดุกพรุณ ได้ร้อยละ 47.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง และส่วนใหญ่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงของโรค สำหรับในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว และผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค และลดความรุนแรงของโรค แต่ยังไม่มียางานการวิจัยเกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อที่จะอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในด้านพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การที่ผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันป้องกันการกำเริบของโรคได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่า การกำเริบของโรคสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดอัตราการเกิดการกำเริบของโรคได้ โดยปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลกับความเชื่อดังกล่าว และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค

2.3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

ความรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในองค์ประกอบของปัจจัยร่วม ซึ่งแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่า การมีความรู้ของบุคคล จะนำไปสู่การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้สภาวะคุกคามของโรค รวมไปถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดโรค (Becker & Maiman, 1974; Stretcher & Rosenstock, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดซ้ำหรือเกิดการกำเริบของโรค มีดังนี้

บังอร ปีประทุม (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$) เช่นเดียวกับ Aspelung และ Wyk (2008) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีชนบทที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ จำนวน 332 คน จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เป็นระบบและครอบคลุม มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Aspelung & Wyk, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alm-Roijer และคณะ (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้น (Alm-Roijer, Fridlund, Stagmo, & Erhardt, 2006)

Secginli และ Nahcivan (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิงในประเทศตุรกี จำนวน 438 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายงานวิจัยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Champion & Menon, 1997; Fish & Wilkinson, 2003; Petro-Nustus & Mikhail, 2002; Secginli & Nahcivan, 2006; Umeh & Rogan-Gibson, 2001) นอกจากนั้นจากการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสามารถทำนายพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมได้อีกด้วย (Ham, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chang และคณะ (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจเอ็กซเรย์เพื่อคัดกรองโรควัณโรคปอด ในกลุ่มนักเรียนพยาบาลในประเทศไต้หวันจำนวน 865 คน พบว่า ระดับคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรค ซึ่งส่งผลถึงระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจเอ็กซเรย์เพื่อคัดกรองโรควัณโรคปอด (Chang, Hung, Chou, & Ling, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอดมาก จะพยายามหาคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษามากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยกว่า (Hoa, Thorson, Long, & Diwan, 2003) และในทางกลับกันการขาดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด จะทำให้ความสามารถในการป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการค้นหาแนวทางการรักษาลดลง (Gibson, Gave, Doering, Ortiz, & Harms, 2005) นอกจากนั้นยัง

มีการศึกษาของ Wilson และคณะ (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคอ้วน ในกลุ่มผู้หญิงแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 89 คน พบว่า ผู้หญิงที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมาก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนมากกว่าผู้ที่มีรูปร่างน้อยกว่า (Wilson, Dobal, Nordstrom, Schram, DeGroot, & Smith, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ความรู้สามารถทำนาย พฤติกรรมการออกกำลังกายได้ (Rimal, 2001)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา เห็นได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ หรือมีโรคเกิดขึ้นแล้ว สำหรับในผู้ป่วยไต อักเสบเรื้อรัง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว และอาจต้องประสบกับอาการผิดปกติ ทั้งที่เกิดจาก โรคเอส แอล อี เด็ม และเมื่อเกิดภาวะไตอักเสบ หลายรายที่มีอาการแสดง หรือมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นเด่นชัด เช่น ปัสสาวะเป็นฟองสีเข้มหรือมีปริมาณลดลง บวม หายใจหอบเหนื่อย และอาจมีความผิดปกติในระบบอื่นที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เช่น อาการปวดข้อ มีผื่นแดง อ่อนเพลีย อ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

2.3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ในองค์ประกอบทั้งหมดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อกันว่า การรับรู้ อุปสรรคเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุด และเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ บุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคมากกว่ารับรู้ประโยชน์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อุปสรรค ต่อการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง สม่าเสมอของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษา ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว และด้านการรับรู้อุปสรรคเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่าเสมอของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมี ความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่าเสมอของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) ที่ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร ต่อการทำนาย พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวน 265 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้มากที่สุด

นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของวนิดา ดันเจริญรัตน์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.624, p < .01$) เช่นเดียวกับบังอร ปิระทุม (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในโรงพยาบาลเดียวกัน จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32, p < .01$) สอดคล้องกับสกุณตลา รอดไม้ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 337 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของ Charron-Prochownik และคณะ (2001) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการควบคุมภาวะเลือดเป็นกรด ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านการคุมกำเนิด และการควบคุมภาวะเลือดเป็นกรด (Charron-Prochownik et al., 2001) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Welch และคณะ (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหารโซเดียม ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหารโซเดียมของผู้ป่วย (Welch et al., 2006)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ หรือปัจจัยอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อของกรอบแนวคิด

ดังกล่าว โดยเฉพาะการศึกษาที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคจึงน่าจะมีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง มักมีอุปสรรคด้านต่างๆ เช่น ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค ซึ่งการปฏิบัติตนให้เหมาะสมอาจขัดแย้งกับการประกอบอาชีพเดิมของผู้ป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงแสงแดดในผู้ป่วยที่มีอาชีพก่อสร้าง หรือต้องทำงานกลางแจ้ง การพักผ่อนให้เพียงพอและเป็นเวลา ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานในช่วงบ่ายหรือดึก เศรษฐฐานะไม่ดี ไม่สามารถเลิกงาน หรือซื้อของใช้ที่จำเป็น เช่น หมวก เสื้อแขนยาว ร่ม หรือครีมกันแดดได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้โรคกำเริบได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2.3.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง และอาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยร่วม ที่จะส่งผลต่อการรับรู้และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในบางครั้งการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ไปกระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, 1974a cited in Shanks, 2008) การขาดการสนับสนุนทางสังคม เช่น ไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ขาดแหล่งประโยชน์อื่นๆ ทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ รวมทั้งปัจจัยทางการเงิน จะส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคของบุคคล และอาจทำให้บุคคลนั้นๆ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ (Andajani-Sutjahjo, Ball, Warren, English, & Crawford, 2004) นอกจากนั้น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือคนที่มีความสำคัญอื่นๆ อาจทำให้บุคคลนั้นสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา มีดังนี้

Li และคณะ (2007) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดัน

โลหิตของผู้ป่วย (Li, Stotts, & Froelicher, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาในประชาชนชาวจีนทั่วไป ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมของผู้ป่วย เนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมของชาวจีนยึดถือว่า เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมติดต่อสื่อสาร และช่วยเหลือด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งผลจากการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ จะช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา และเข้ารับการตรวจรักษาตามวันนัดได้อย่างสม่ำเสมอ (Li, Stewart, Stotts, & Froelicher, 2005) ในด้านพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค Nothwehr (2004) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในผู้หญิงแอฟริกันอเมริกันและคอเคเซียน พบว่า ในผู้หญิงคอเคเซียนที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จะมีความคาดหวังและความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักมากกว่า (Nothwehr, 2004)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของสมจิตร์ ตูลาทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 406 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จะรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนั้น อุไรวรรณ สาสังข์ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอส แอล อี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนั้น ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของอรุณี ศรีนวล (2548) โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 70 คน จากผลการศึกษา พบว่า การประยุกต์แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้น โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ ศิริกาญจน์ ชิวเรืองโรจน์ (2549) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการคุณภาพ ต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงอายุ 35-60 ปี

จำนวน 92 คน จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ยังส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมในสังคมไทย มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการป้องกันโรค และลดความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยได้อักเสบอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยโรคเอสแอล อี และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในแถบทวีปเอเชีย ที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรม คล้ายคลึงกับสังคมไทย ทั้งในด้าน การช่วยเหลือเกื้อกูล ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ของบิดามารดา สามีภรรยา บุตรหลาน และญาติพี่น้อง การนับถือบุพการี ผู้อาวุโส บุคคลที่มีพระคุณ หรือบุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล คนพิเศษ ซึ่งการสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้ น่าจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยได้อักเสบอุ้งเชิงกรานได้

2.3.4 การรับรู้อาการของโรค

อาการ (symptom) ของโรค เป็นปัจจัยด้านสิ่งชักนำการปฏิบัติในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่า อาการหรือความเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนให้เหมาะสม โดยอาการของโรคที่รุนแรง หรือก่อให้เกิดความไม่สบาย จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ หรือความรุนแรงดังกล่าว (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการของโรค ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

Kyngas (2000) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีอาการ โดยอธิบายว่า ถ้าบุคคลไม่มีอาการของความเจ็บป่วยใดๆ เกิดขึ้นเลย บุคคลเหล่านั้นก็จะไม่รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย และไม่มีเหตุผลที่จะต้องรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อาการของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจรักษา ขอคำปรึกษา หรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้ (O'Carroll, Smith, Grubb, Fox, & Masterton, 2001)

ผู้ป่วยที่มีอาการความเจ็บป่วย หรือมีประสบการณ์การมีอาการของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการมีอาการเหล่านั้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาจต้องพบกับอาการของความเจ็บป่วยบ่อยครั้ง และยาวนาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตอักเสบพบผู้ป่วยมักจะมีอาการ หรือการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย และความผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้น และที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการไข้ ปวดข้อหลายๆ ข้อ แพ้แดดแล้วมีผื่นขึ้นที่ใบหน้า ผื่นแดงตามแขนขา อ่อนเพลีย บวม และอาการอื่นๆ ที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Molino, et al., 2009; Shayakul, et al., 1995)

เนื่องจากในบางครั้ง อาการหรือความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจกลายเป็นสิ่งขัดขวางในการดูแลตนเอง เช่น ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า หรืออ่อนเพลีย ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางใดกับพฤติกรรมสุขภาพ และสำหรับในผู้ป่วยโรคไตอักเสบหลายรายที่อาจมีอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง โดยในบางราย การกำเริบของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนกลวิธีในการที่จะดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีก เนื่องจากการรับรู้โรคที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางใด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่ อย่างไร

2.4 สรุป

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง นับว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง หรือชะลอความเสื่อมของไต ที่เป็นผลจากการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่า โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยา รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด จะช่วยลดความรุนแรงและอัตราการกำเริบของโรคได้ อีกทั้งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อ

การปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ มาพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง ที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามได้ และเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลศิริราช คลินิกโรคไต ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 จำนวน 100 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สื่อสารได้เข้าใจ

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตประสาท
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้เอง

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตาราง Power Analysis สำหรับ Multiple Regression ของ Polit & Beck (2008) โดยกำหนดค่า α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ

(Power of test) $(1 - \beta)$ เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ปานกลาง (Medium effect size) ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2004) โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad N = \frac{L + K + 1}{Y}$$

โดย N = ค่าประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (estimated number of subjects needed)

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง ภายหลังกำหนดค่า α และ Power of test

K = จำนวนตัวทำนาย (number of predictors)

Y = ค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ (estimated effect size)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad N &= \frac{11.94 + 4 + 1}{0.149} \\ &= 85.13 \end{aligned}$$

จากการคำนวณ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ควรศึกษาประมาณ 86 ราย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูล ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โดยคลินิกโรคไต ตั้งอยู่บริเวณตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 ทำการตรวจรักษาทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย เวลา 13.00 – 15.00 น. จำนวนผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการ ประมาณครั้งละ 15 – 20 คน และจะเก็บข้อมูลในระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ โดยขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบ่งเป็นส่วนแรก ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร และประวัติการมีอาการของโรค โดยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ และแหล่งข้อมูลข่าวสาร เป็นข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบ สำหรับอายุ เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ในส่วนข้อคำถามที่เกี่ยวกับประวัติการมีอาการของโรค ประกอบด้วยอาการทั้งหมด 6 อาการ เป็นลักษณะข้อความให้เลือกตอบเพียงอย่างเดียวคือ “มี” หรือ “ไม่มี” โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างตอบว่า “มี” จะได้ 1 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่มี” จะได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามมีคะแนนรวมทั้งหมด 6 คะแนน ถ้าคะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้อาการของโรครวม และถ้าคะแนนน้อย แสดงว่ามีการรับรู้อาการของโรคน้อย แบ่งระดับคะแนนการรับรู้อาการของโรค ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าอันตรภาคชั้นเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (Burns & Grove, 1999)

คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึงการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3-4 คะแนน หมายถึงการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5-6 คะแนน หมายถึงการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนหลัง สำหรับผู้วิจัยกรอกข้อมูล ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรค ระดับพยาธิสภาพที่ไตและวันที่ทำการตรวจ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Urea Nitrogen, Creatinine, Urine Protein, Albumin และ Creatinine Clearance เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย และหนังสือตำราต่างๆ เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ดังนี้

การรับประทานอาหาร 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 5

การรับประทานยา 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 - 10

การปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 - 20

โดยในข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความที่ถูกต้อง 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20 และเป็นข้อความที่ผิด 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 5, 8, 10, 12, 14, 18 ข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบเพียงอย่างเดียวคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ”

ข้อความที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบใช่	จะได้ 1 คะแนน
ข้อความที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบ	จะได้ 0 คะแนน
ข้อความที่ไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ใช่	จะได้ 1 คะแนน
ข้อความที่ไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างตอบใช่หรือไม่ทราบ	จะได้ 0 คะแนน

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง มีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังโดย ถ้าคะแนนมาก แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังมาก และถ้าคะแนนน้อย แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง ออกเป็น 3 ระดับ (อุไรวรรณ สาสังข์, 2548; Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) ดังนี้

คะแนน 0-11 คะแนน	หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 12-17 คะแนน	หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 18-20 คะแนน	หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรังอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock (1997) ร่วมกับ งานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของ อรวรรณ ศรียุคศุทธ และคณะ (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามและให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ไม่เคยเป็นอุปสรรค	ให้คะแนน	1 คะแนน
เป็นอุปสรรคบางครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
เป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
เป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ	ให้คะแนน	4 คะแนน

แบบประเมินนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 64 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 1 - 4 คะแนน กำหนดระดับคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดย ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ของ Zimet และคณะ (1988) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ ดร. พิทักษ์พล บุญมาลิก (2548) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังโดยไม่ได้ดัดแปลงข้อความใดๆ โดยมีเกณฑ์ในการตอบแบบสอบถาม 7 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 3 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 4 | หมายถึง | มีความเห็นเป็นกลาง |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยเล็กน้อย |
| 6 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |
| 7 | หมายถึง | เห็นด้วยที่สุด |

แบบสอบถามนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน กำหนดระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดย ถ้าคะแนนรวมมาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

โดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคไตอักเสบเรื้อรัง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------------|--------|--------------------|
| พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร | 7 ข้อ | ได้แก่ ข้อ 1 - 7 |
| พฤติกรรมด้านการใช้ยา | 5 ข้อ | ได้แก่ ข้อ 8 - 12 |
| พฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป | 10 ข้อ | ได้แก่ ข้อ 13 - 22 |

โดยมีเกณฑ์ในการตอบแบบสอบถามเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คือ

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 4-6 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นส่วนน้อย สัปดาห์ละ 1-3 วัน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

ในจำนวนข้อคำถาม 22 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้ค่าคะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก มี 8 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	ให้คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ มี 14 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน	ให้คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	4 คะแนน

แบบสอบถามนี้มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22 - 88 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 1-4 คะแนน กำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ถ้าคะแนนเฉลี่ยมากแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคมก ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าอันตรภาคชั้นเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (Burns & Grove, 1999)

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ทั้งเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค รวมถึงเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ โดยไม่ได้ดัดแปลง ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

โดยพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญ ด้านโรคไต

จำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญ ด้านทฤษฎี

จำนวน 1 ท่าน

1.1.3 พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไต

อักเสบเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน

1.1.4 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านโรคไต

จำนวน 1 ท่าน

1.1.5 แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความชำนาญ ด้านโรคไต

อักเสบเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI)

จากการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละชุด เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นมาตรฐาน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค รวมทั้งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้อัดแปลง ไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้จริงกับ ผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช และนำข้อมูลที่ได้ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ .714 แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ .924 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ .668 สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังหาความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR 20) ได้ค่าความเที่ยง .624 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ที่สามารถยอมรับได้ เนื่องจากแบบสอบถามที่ดีควรมีค่าสัมประสิทธิ์เชื่อมั่นตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป (บุษรา ประกอบธรรม, 2553) และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์เชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ .710, .848, .929 และ .726 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการทำวิจัย โดยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในการทำวิจัยครั้งนี้

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย กับมหาวิทยาลัยมหิดล

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย กับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก แพทย์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในคลินิก โรคไต โรงพยาบาลศิริราช

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยขอให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ในวันที่แพทย์นัดมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต ในวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย เวลา 13.00 – 15.00 นาฬิกา

2.2 ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไต ในการประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าวเชิญชวน ให้ผู้ป่วยทราบถึงโครงการวิจัยครั้งนี้ ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอตรวจ

2.3 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และสอบถามการรับทราบการวินิจฉัยโรคไตอีกเสบคู่กับผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.4 ผู้วิจัยเชิญชวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย หรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการตรวจรักษาใดๆ ทั้งสิ้น

2.5 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย และเซ็นหนังสือยินยอมหลังได้รับคำบอกกล่าวและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

2.6 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง แต่ในรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

2.7 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการตรวจ หรือต้องติดต่อกับแผนกอื่นๆ ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการตรวจหรือติดต่อกับแผนกอื่นๆ ก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายหลังเมื่อสะดวก

2.8 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง หากไม่ครบถ้วน จะสอบถามถึงความสนใจในการตอบแบบสอบถามข้อดังกล่าว ถ้ากลุ่มตัวอย่างสนใจขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์

2.9 เวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมการวิจัย ประมาณ 25 – 30 นาที

เนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งข้อมูลที่ต้องและไม่ถูกต้อง ภายหลังได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลที่ต้องเป็นรายบุคคล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for windows 16

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์รวมทั้งชี้แจงให้ทราบการเก็บข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแจกแบบสอบถามให้ตอบ พร้อมทั้งอธิบายในรายละเอียดของแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล (SPSS for windows 16) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แหล่งข้อมูลข่าวสาร และระดับพยาธิสภาพที่ไต โดยการแจกแจง จำนวน ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรค อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ค่าผลการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Urea Nitrogen, Creatinine, Urine Protein, Albumin และ Creatinine Clearance โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

3. วิเคราะห์คะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

4. วิเคราะห์หาอิทธิพลของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ 0.05 และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ ดังแสดงในภาคผนวก จ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ในการศึกษารั้งนี้ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาศึกษาจำนวนทั้งหมด 120 ราย และคัดออก 20 ราย เนื่องจาก 5 ราย เป็นผู้ป่วยโรคระบบภูมิคุ้มกันอื่น แต่คิดว่าตัวเองเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง และอีก 15 ราย เป็นผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามและมีเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 38 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี และอยู่ระหว่าง 31-40 ปี กับ 41-50 ปี ในอัตราส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 26 (Max = 65, Min = 18, Mean = 35.39, S.D. = 11.52) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีสถานภาพโสด สำหรับในด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำงานประจำ ได้แก่ พนักงานบริษัทและรับจ้าง ในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 14 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 13 และประกอบอาชีพส่วนตัว ได้แก่ อาชีพค้าขายร้อยละ 14 อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 11 และธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 4 นอกจากนั้นยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้

ประกอบอาชีพ โดยแบ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 12 และทำงานบ้านร้อยละ 18 ด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 31 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 18 ในด้านบุคคลที่พกอาศัยอยู่ด้วย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 พกอาศัยอยู่กับบิดามารดา รองลงมาอาศัยอยู่กับพี่น้องร้อยละ 38 และอยู่กับสามี/ภรรยาร้อยละ 37 ด้านรายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 39 และอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 36 (Max = 200,000, Min = 3,000, Mean = 21,782, S.D. = 24,413) สำหรับความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 15 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ด้านสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46 ใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพียงร้อยละ 11 ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล รองลงมาคือหนังสือพิมพ์หรือวารสาร ในอัตราส่วนที่เท่ากับการได้รับข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต คือร้อยละ 21 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม (n = 100)

	ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	4	4
	หญิง	96	96
อายุ (ปี)	18-30	38	38
	31-40	26	26
	41-50	26	26
	51 ปีขึ้นไป	10	10
	(Max = 65, Min = 18, Mean = 35.39, S.D. = 11.52)		
	สถานภาพสมรส		
	โสด	52	52
	คู่	40	40
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	7
	หม้าย	1	1
อาชีพ	ทำงานบ้าน	18	18
	พนักงานบริษัท	14	14
	รับจ้าง	14	14
	ค้าขาย	14	14
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	13
	นักเรียน/นักศึกษา	12	12
	เกษตรกร	11	11
	อื่นๆ ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว	4	4

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม (n = 100) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	18
มัธยมศึกษา	31	31
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	12	12
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	31	31
สูงกว่าปริญญาตรี	8	8
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย		
บิดา/มารดา	52	52
พี่น้อง	38	38
สามี/ภรรยา	37	37
บุตร/หลาน	34	34
คนเดียว	7	7
อื่นๆ ได้แก่ เพื่อน	2	2
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	39	39
10,001-20,000	36	36
20,001-30,000	8	8
มากกว่า30,000 ขึ้นไป	17	17
(Max = 200,000, Min = 3,000, Mean = 21,782, S.D. = 24,413)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอมีเหลือเก็บ	26	26
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	47	47
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	12	12
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	15	15

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม (n = 100) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
เบิกประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46	46
เบิกประกันสังคม	22	22
เบิกจากต้นสังกัด	21	21
จ่ายค่ารักษาเอง	11	11
แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค		
แพทย์/พยาบาล	93	93
หนังสือพิมพ์/วารสาร	21	21
อินเทอร์เน็ต	21	21
โทรทัศน์/วิทยุ	17	17
สมาชิกในครอบครัว/คนใกล้ชิด	6	6
อื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยอื่น	2	2

1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี รองลงมาร้อยละ 27 อยู่ระหว่าง 4-5 ปี (Max = 30, Min = 0.5, Mean = 4.60, S.D. = 4.69) และโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 81 มีระดับพยาธิสภาพที่ไต (Classification) ระดับ 4 และร้อยละ 85 มีระดับความดันโลหิตปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท)

จากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปกติ ได้แก่ ระดับ Blood Urea Nitrogen (BUN) ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 72 (Max = 64, Min = 6.2) ระดับ Serum creatinine ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 93 (Max = 6, Min = 0.4) ระดับ Serum albumin ปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 78 (Max = 4.9, Min = 2) รวมทั้งมีระดับ Creatinine Clearance ที่ปกติ (มากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาที) ร้อยละ 42 รองลงมาอยู่ระหว่าง 60-90 มิลลิลิตรต่อนาที ร้อยละ 38 (Max = 182, Min = 11) มีเพียงผลการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ ที่พบว่าส่วนใหญ่มีความผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ 1+ ไปจนถึง 4+ คิดเป็นร้อยละ 68 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะความเจ็บป่วย (n = 100)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาความเจ็บป่วย (ปี)		
ต่ำกว่า 1 ปี	6	6
1-3 ปี	44	44
4-5 ปี	27	27
6-10 ปี	15	15
มากกว่า 10 ปี	8	8
(Max = 30, Min = 0.5, Mean = 4.60, S.D. = 4.69)		
ระดับพยาธิสภาพที่ไต (Classification)		
Class 1	0	0
Class 2	1	1
Class 3	8	8
Class 4	81	81
Class 5	10	10
ระดับความดันโลหิต (mmHg)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90	85	85
มากกว่า 140/90	15	15
ระดับ Blood Urea Nitrogen (mg/dl)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	72	72
มากกว่า 20	28	28
(Max = 64, Min = 6.2)		
ระดับ Serum creatinine (mg/dl)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	93	93
มากกว่า 2	7	7
(Max = 6, Min = 0.4)		

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านลักษณะความเจ็บป่วย (n = 100) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ Serum albumin (g/dl)		
น้อยกว่า 3.5	22	22
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5	78	78
(Max = 4.9, Min = 2)		
ระดับ Urine Protein		
Negative	24	24
Positive ระดับ 1+	5	5
Positive ระดับ 2+	20	20
Positive ระดับ 3+	22	22
Positive ระดับ 4+	21	21
Trace	8	8
ระดับ Creatinine Clearance (ml/min.)		
น้อยกว่า 15	1	1
15 – 29	4	4
30 – 59	15	15
60 – 89	38	38
90 ขึ้นไป	42	42
(Max = 182, Min = 11)		

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาที่พบมีดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรค

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 มีความรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับสูง และมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับต่ำ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรค (n = 100)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	5	5
ปานกลาง	53	53
สูง	42	42

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 16.64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (Max = 20, Min = 6, S.D. = 2.50) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 0.88) รองลงมาได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 0.83) และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 0.78) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามรายด้าน (n = 100)

ความรู้เกี่ยวกับโรค	พิสัย คะแนนที่ เป็นไปได้	พิสัย คะแนนที่ ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย สัมพัทธ์*
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม	0-20	6-20	16.64	2.50	
ด้านการรับประทานอาหาร	0-5	1-5	3.92	1.01	0.78
ด้านการรับประทานยา	0-5	1-5	4.38	0.76	0.88
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป	0-10	3-10	8.34	1.50	0.83

*ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = ค่าเฉลี่ย/จำนวนข้อ

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคจำแนกตามรายข้อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99) คือ ผู้ป่วยโรคไตอักเสบลุบัสที่มีอาการบวมควรงดอาหารที่มีรสเค็ม และ ผู้ป่วยโรคไตอักเสบลุบัสถึงแม้จะมีอาการดีขึ้นแล้วแต่ก็ยังคงมีความจำเป็นต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 53) คือ ผู้ป่วยโรคไตอักเสบลุบัสสามารถดื่มน้ำได้เท่าที่ต้องการ แม้มีอาการบวม หอบเหนื่อย หรือปัสสาวะออกลดลง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคได้ถูกต้อง จำแนกตามรายชื่อ (n = 100)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่มีอาการบวม ควรงดอาหารที่มีรสเค็ม...	99	99
ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้ว ...ต้องมาตรวจตามนัด...	99	99
ผู้ป่วยที่ได้รับยา ... ควรหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด	96	96
ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยา ... รับประทานเอง	95	95
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง... ป้องกันการกำเริบของโรคได้	95	95
ผู้ป่วยอาจมีระยะที่โรคสงบได้ เช่นเดียวกับโรคอื่นๆ...	93	93
ผู้ป่วยสามารถแต่งงานได้ ...	90	90
ผู้ป่วยเมื่อมีอาการดีขึ้น สามารถลดขนาดยา ... ได้เอง	87	87
ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์อาจมีผลข้างเคียง ...	86	86
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์...อาจทำให้โรค ... กำเริบได้	85	85
ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ต้องมาพบแพทย์ทันที...	84	84
ผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทาน ...	82	82
การสูบบุหรี่อาจทำให้โรคมีอาการกำเริบได้	79	79
ผู้ป่วยไม่ควรออกกำลังกาย...	79	79
อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ... เป็นอาการปกติ...	76	76
ผู้ป่วยที่ลิ้มรับประทานยา... สามารถเพิ่มยาในมือถัดไป...	74	74
ผู้ป่วยรับประทานอาหารกะทิ... โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณ...	73	73
ผู้ป่วยไม่ควรทาครีมกันแดดทุกชนิด...	72	72
ผู้ป่วยควรคุมกำเนิดด้วยวิธีสวมถุงยางอนามัย ...	67	67
ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำได้เท่าที่ต้องการ แม้มีอาการบวม...	53	53

2) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเท่ากับ 1.69 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามรายชื่อ พบว่า อุปสรรคที่พบมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.97) คือ การกลัวผลข้างเคียง/ผลแทรกซ้อนของการปฏิบัติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n = 100)

ข้อความ	ไม่เป็น	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ	คะแนนเฉลี่ย
กลัวผลข้างเคียง/ผลแทรกซ้อน...	28	51	17	4	1.97
กลัวเป็นภาระกับผู้อื่น	29	50	17	4	1.96
มีภาระหน้าที่อื่น...	32	50	13	5	1.91
สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย	25	61	12	2	1.91
ไม่มีเงิน	40	44	11	5	1.81
ขาดข้อมูล...	39	44	15	2	1.80
รู้สึกเบื่อกับการปฏิบัติ	39	48	10	3	1.77
สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	40	47	10	3	1.76
สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย	39	50	8	3	1.75
ไม่มีเวลา	43	47	8	2	1.69
รู้สึกยุ่งยากและลำบาก...	50	43	7	0	1.57
ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก	50	45	4	1	1.56
รู้สึกว่า การปฏิบัติไม่มีประโยชน์	67	27	3	3	1.42
ไม่สนใจที่จะปฏิบัติ	67	28	3	2	1.40
ขาดความช่วยเหลือจากบุคลากร...	66	30	3	1	1.39
ขาดการสนับสนุนจาก...	78	17	2	3	1.30

3) การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 66.82 คะแนน จากคะแนนเต็ม 84 คะแนน (Max = 84, Min = 22, S.D. = 13.60) และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับที่สูงที่สุด (Mean = 24.06, S.D. = 4.64) รองลงมาได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด (Mean = 22.70, S.D. = 4.98) และการสนับสนุนจากเพื่อนต่ำสุด (Mean = 20.15, S.D. = 5.86) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n = 100)

การสนับสนุนทางสังคม	พิสัยคะแนน ที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนน ที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	12-84	22-84	66.82	13.60
การสนับสนุนจากครอบครัว	4-28	8-28	24.06	4.64
การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด	4-28	7-28	22.70	4.98
การสนับสนุนจากเพื่อน	4-28	4-28	20.15	5.86

4) การรับรู้อาการของโรค

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีการรับรู้อาการของโรค อยู่ในระดับต่ำ (0-2 อาการ) รองลงมาร้อยละ 24 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (3-4 อาการ) และมีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ที่มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับสูง (5-6 อาการ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อาการของโรค (n = 100)

ระดับการรับรู้อาการของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	67	67
ปานกลาง	24	24
สูง	9	9

เมื่อพิจารณาตามจำนวนอาการที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในจำนวน 2 อาการ รองลงมาร้อยละ 18 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในจำนวน 1 อาการ และมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในจำนวน 6 อาการ โดยในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวน 16 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ที่ไม่มีการรับรู้อาการใดๆ เกิดขึ้นเลย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนอาการของโรคที่เกิดขึ้น (n = 100)

จำนวนอาการของโรคที่เกิดขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	16	16
1 อาการ	18	18
2 อาการ	33	33
3 อาการ	15	15
4 อาการ	9	9
5 อาการ	7	7
6 อาการ	2	2

เมื่อพิจารณาตามรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการอ่อนเพลียสูงสุดร้อยละ 63 รองลงมาร้อยละ 41 มีอาการปวดข้อหลายๆ ข้อ โดยอาการที่พบได้น้อยที่สุดร้อยละ 19 คือ มีผื่นแดงตามแขนขา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการของโรคที่เกิดขึ้น (n = 100)

อาการของโรคที่เกิดขึ้น	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนเพลีย	63	63
ปวดข้อหลายๆ ข้อ	41	41
บวม	33	33
ไข้	28	28
แพ้แดดแล้วมีผื่นขึ้นที่ใบหน้า	23	23
ผื่นแดงตามแขนขา	19	19

5) พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ 3.21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-4.00) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค (n = 100)

ระดับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	15	15
สูง	85	85

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.42 คะแนน รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.29 คะแนน และด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.06 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคจำแนกตามรายด้าน (n = 100)

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบ ของโรค	พิสัย คะแนน ที่เป็น ไปได้	พิสัย คะแนน ที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย สัมพัทธ์*
พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของ โรคโดยรวม	22-88	54-83	70.70	5.09	
ด้านการรับประทานอาหาร	7-28	17-28	22.81	2.56	3.29
ด้านการรับประทานยา	5-20	13-20	17.05	1.24	3.42
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป	10-40	19-39	30.61	3.60	3.06

*ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = ค่าเฉลี่ย / จำนวนข้อ

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (3.93) คือ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท เหล้า เบียร์ เหล้าโรง ชาดอง และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.94) คือ การสังเกตผลข้างเคียงของยาที่ใช้ โดยการจดจำหรือจดบันทึก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
รายชื่อ (n = 100)

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ย
ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท เหล้า เบียร์.....	3.93
ท่านสูบบุหรี่.....	3.91
ท่านหยุดใช้ยาหรือลดจำนวนยาเอง.....	3.90
ท่านรับประทานยาสมุนไพร.....	3.90
หากท่านดื่มรับประทานยา.....	3.89
ท่านรับประทานอาหารหมักดอง.....	3.56
ท่านดื่มรับประทานยา.....	3.49
ท่านสัมผัสกับสารเคมี.....	3.45
ท่านทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ.....	3.39
ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ซอส ซีอิ๊วขาว.....	3.26
ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อเค็ม.....	3.23
ท่านรับประทานอาหารมันจัด.....	3.15
ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด.....	3.11
ท่านอยู่ในที่ที่มีฝุ่นแออัด.....	3.08
ท่านสวมหมวกปีกกว้าง กางร่ม.....	3.01
ท่านสังเกตอาการผิดปกติ.....	2.99
ท่านนอนหลับพักผ่อน.....	2.87
ท่านรับประทานอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรส.....	2.77
ท่านหลีกเลี่ยงสัมผัสแสงแดด.....	2.75
ท่านสังเกต...ที่ทำให้โรคของท่านมีอาการกำเริบ.....	2.75
ท่านออกกำลังกาย.....	2.37
ท่านสังเกตผลข้างเคียงของยาที่ใช้.....	1.94

ส่วนที่ 3 อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .322$ และ $.362$ ตามลำดับ, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.288$, $p < .01$) สำหรับการรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.124$, $p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค	1				
2. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	-.289**	1			
3. การสนับสนุนทางสังคม	.304**	-.399**	1		
4. การรับรู้อาการของโรค	-.023	.174	-.137	1	
5. พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค	.322**	-.288**	.362**	-.124	1

** $p < .01$

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรต้นซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตามโดยใช้วิธีการแบบเข้าพร้อมกัน (Enter) โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 19.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ($R^2 = .198$, $F = 5.873$, $p < .05$) โดยมีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปีสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคมโดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้มากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .241$, $p < .05$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = .213$, $p < .05$) ส่วนตัวแปรการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อาการของโรค เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปีสได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระ: ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม: พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปีส

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	60.457	5.080	-	11.900	
ความรู้เกี่ยวกับโรค	.434	.200	.213	2.165	.033*
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	-.094	.082	-.119	-1.151	.253
การสนับสนุนทางสังคม	.090	.039	.241	2.343	.021*
การรับรู้อาการของโรค	-.220	.315	-.065	-.698	.487

$R = .445$, $R^2 = .198$, Adjusted $R^2 = .164$, Overall $F = 5.873$, Sig. $F = .000$

* $p < .05$

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจติดตามนัด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 100 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของตัวแปรที่ทำการศึกษา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter Method) และจากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลักษณะของประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 96 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี ถึงร้อยละ 38 และอยู่ระหว่าง 31-40 ปี กับ 41-50 ปี ในอัตราส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 26 และในการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 รายเท่านั้น ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีอายุสูงสุดคือ 65 ปี จึงทำให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังที่ทำการศึกษามีอายุยังอยู่ในวัยเรียน และวัยที่กำลังทำงาน เพื่อสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยรุ่นตอนปลายไปจนถึงวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยพบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ประมาณ 8.5-10:1 (Ayodele, et al., 2010; Brown, 2005; Seshan & Jennette, 2009; Smith, et al., 2000) เนื่องจากโรคไตอักเสบเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเอส แอล อี

ซึ่งเป็นโรกระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ และจากสารพันธุกรรมหลัก ที่มักเกิดในเพศหญิง (Seshan & Jennette, 2009) จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ต้องทำงานประจำ และประกอบอาชีพเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว ร่วมกับบางส่วนร้อยละ 12 ยังอยู่ในวัยเรียน และ จึงอาจเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) มีสถานภาพโสด นอกจากนั้นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการเจ็บป่วยตั้งแต่อายุน้อย และมีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างบางรายกล่าวว่า “ไม่อยากจะ让别人มาลำบากด้วย โรคนี้เป็นแล้วรักษาไม่หาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง และคงมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน” และจากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา และพี่น้อง (ร้อยละ 52 และ 38 ตามลำดับ) โดยมีเพียงร้อยละ 37 เท่านั้น ที่พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และจากการศึกษาด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีรายได้เพียงพอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพและการมีงานประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอเพื่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและดูแลตนเอง เมื่อยามเจ็บป่วย สำหรับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล อาจเนื่องมาจากการที่โรคไตอักเสบเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเอส แอล อี ซึ่งอาจยังไม่เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป และ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ง่ายขึ้น แต่ ข้อมูลเหล่านั้นอาจไม่น่าเชื่อถือ เช่น ข้อมูลในอินเทอร์เน็ตที่ไม่มีแหล่งที่มาชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึง ให้ความเชื่อถือ และมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคจากแพทย์และพยาบาล มากกว่าแหล่งข้อมูลอื่นๆ

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีระยะเวลาความเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-3 ปี รองลงมาร้อยละ 27 อยู่ระหว่าง 4-5 ปี (Max = 30, Min = 0.5, Mean = 4.60, S.D. = 4.69) และในภาพรวมมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10 ปีแรก ถึงร้อยละ 92 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Molino และคณะ (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะพบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 72 ภายในระยะเวลา 10 ปี (Molino, Fabbian, & Longhini, 2009) และจากผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี สูงสุดคือ 30 ปี แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพียง 3 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว อาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยบางรายอยู่ในระยะที่โรคสงบ จึงมีระยะเวลานัดตรวจติดตามผล

นานถึง 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 มีพยาธิสภาพที่ไต ระดับ 4 (WHO class IV: Diffuse proliferative) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไต ระดับดังกล่าว จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดูแลและตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน โดยเฉพาะในระยะ 1-2 ปีแรก (Smith, et al., 2000) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าพยาธิสภาพที่ไต ระดับ 4 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ผู้ป่วยควรที่จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่และสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Molino, et al., 2009; Ortega, et al., 2009; Williams et al., 2007) เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 1 ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในระยะที่ต้องตรวจติดตามผลอย่างใกล้ชิด จึงมีระยะเวลาการนัดตรวจติดตามผลที่ห่างออกไป หรืออีกเหตุผลหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไตมักเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของปัสสาวะ และมีข้อบ่งชี้เพื่อต้องการพยากรณ์โรค และหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (ทวีพงษ์ ปาจริย, 2546) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 1 ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไต เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มากขึ้น ประกอบกับการตรวจชิ้นเนื้อไตอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จึงไม่มีความคุ้มค่าที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไตในระยะนี้ สำหรับด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 85 ระดับครีเอตินินในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 93 ระดับอัลบูมินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 91 และระดับ Creatinine Clearance มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิลิตรต่อนาทีร้อยละ 80 แต่กลับพบว่าผลการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างที่ผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ 1+ ถึง 4+ ถึงร้อยละ 68 ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีระดับโปรตีนในปัสสาวะที่สูง (high grade proteinuria) จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดี (Ayodele et al., 2010; Jadoul, 2006; Lightstone, 2010; Ortega, et al., 2009; Williams et al., 2007) จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่วนใหญ่พบว่าปกติ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่อย่างสม่ำเสมอ ตามระดับของพยาธิสภาพที่ไต นอกจากนั้นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่เหมือนการเปลี่ยนแปลงของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Ortega, et al., 2009)

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 มีพยาธิสภาพที่ไตระดับ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ และใกล้ชิด ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังโดยตรงจากแพทย์และพยาบาล ทั้งจากการสอนความรู้ ให้คำแนะนำ แจกแผ่นพับ หนังสือเกี่ยวกับความรู้และข้อปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ และตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมให้ถูกต้องเพื่อลดอัตราการกำเริบของโรค เพราะเชื่อมั่นในความรู้ทางการแพทย์ที่ได้รับคำแนะนำ และเชื่อว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจะทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น อาการบวม อ่อนเพลีย ไข้ ปวดข้อ ฯลฯ ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลต่อการเรียน และการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมาส บุญประสาร (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในภาคใต้ มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราชที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในระดับประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และตั้งใจปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคตามรายด้าน ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติตามกิจกรรมทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.42 คะแนน โดยพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุดเท่ากับ 3.90 คะแนน คือ การที่ผู้ป่วยไม่หยุดใช้ยาหรือลดจำนวนยาเอง และไม่รับประทานยาสมุนไพร ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีดังกล่าว อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่รับประทาน และมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับประทานยาให้ตรงเวลา อีกทั้งโรคไตอักเสบเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเอสแอล อี ซึ่งจัดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นความเคยชิน แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.94 คะแนน คือ การสังเกตผลข้างเคียงของยาที่ใช้โดยการจดจำหรือจดบันทึก โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการจดจำผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากบางรายไม่เคยมีอาการข้างเคียง

ของยา หรือบางรายมีอาการข้างเคียงแต่เป็นอาการเดิมที่เคยเกิดขึ้น เช่น หน้าบวม มีสิ่ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นอาการข้างเคียงปกติ และไม่ต้องจดจำหรือจดบันทึก พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุกร บุษปวนิช และพงษ์ศักดิ์ ด้านเคษา (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้อยู่ ได้แก่ การไม่ให้ความสำคัญกับการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และไม่กลัหายุคยาเองหรือมาพบแพทย์ ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอส แอล อี ของอาทิตยา ไทพานิชย์ และคณะ (2551) พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยา และการเข้าใจข้อบ่งชี้ของยาผิด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (อาทิตยา ไทพานิชย์, จิรภัทร วงศ์ชินศรี, จูตินันท์ เอื้ออำนวย, และอภิฤดี เหมะจุฑา, 2551) ซึ่งการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะนำไปสู่การกำเริบของโรคเอส แอล อี และทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่ลงได้ (Osterberg & Blaschke, 2005)

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.29 คะแนน โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.93 คะแนน คือ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท เหล้า เบียร์ เหล้าโรง ยาอดอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96 เป็นเพศหญิง ซึ่งนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย (วิชัย โปษยะจินดา, วิภา ด้านดำรงกุล, และอุษณีย์ พึ่งปาน, 2544) ร่วมกับมีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบ อีกทั้งส่วนใหญ่ทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ และอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่รุนแรงมากขึ้น แต่สำหรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.77 คะแนน คือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส บะหมี่สำเร็จรูป ขนมอบกรอบต่างๆ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายที่นิยมรับประทานอาหารดังกล่าว เนื่องจากหาซื้อได้ทั่วไป รับประทานสะดวก เก็บไว้ใช้ได้ง่าย และคิดว่าการใช้เครื่องปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงปรุงรส จะไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างทราบเพียงว่าการใส่ผงชูรสในอาหาร จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่ทราบว่าผลเสียเพราะอะไร และคิดว่าตนเองต้องรับประทานอาหารดังกล่าวโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีภาระหน้าที่ด้านการเรียน และหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์รับประทานได้ครบทุกมื้อ

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.06 คะแนน สำหรับด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ การไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงสัมผัสกับสารเคมี ทำกิจกรรม

เพื่อพักผ่อนหย่อนใจและผ่อนคลายความเครียด หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และการป้องกันตนเองจากแสงแดด (คะแนนเฉลี่ย 3.91, 3.45, 3.39, 3.08 และ 3.01 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างทราบว่า การสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวม รวมทั้งสารเคมีต่างๆ อาจทำให้เกิดการระคายเคือง และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคเอส แอล อี และจะส่งผลต่อโรคไตอักเสบเรื้อรังที่สุดในที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังทราบว่าความเครียดเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค จึงมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามความชอบของตนเอง เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ นอกจากนี้การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด เช่น ตลาดนัด โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า ก็เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าสถานที่ดังกล่าว อาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงสัมผัสแสงแดด สังเกตจดจำสิ่งที่ทำให้โรคกำเริบและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น และออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ (คะแนนเฉลี่ย 2.99, 2.87, 2.75 และ 2.37 ตามลำดับ) ซึ่งจากการสอบถาม ผู้ป่วยรู้ดีว่าการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หรือการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ดีกับโรคที่เป็นอยู่ แต่ไม่สามารถที่จะปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ เนื่องจากไม่มีเวลา มีอุปสรรคด้านสถานที่ออกกำลังกาย และลักษณะงานที่ทำอยู่ไม่สามารถเอื้อต่อการปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงแสงแดด หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด หรือนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอส แอล อี ในประเทศไต้หวัน และพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพบางด้านที่ไม่เหมาะสม เช่น ด้านการออกกำลังกาย โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา บางรายมีอาการปวด อ่อนเพลีย และบางรายไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งต้องมีการส่งเสริมเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย รวมทั้งผลของการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Huang, Chou, Lin, & Chao, 2007) และจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีระยะเวลาเพียงสั้นๆ จึงอาจทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taun (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี เพียงร้อยละ 60 ที่เข้ารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ใช้เวลาเพียงสั้นๆ ในการพูดคุยกับแพทย์ และไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติมจากสื่ออื่นๆ รวมทั้งไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมของทีมสุขภาพ จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปของผู้ป่วย เนื่องจากมีรายละเอียดของการปฏิบัติมาก และต้องสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

สมมติฐานการวิจัย: ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

จากการศึกษาตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค พบว่า สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้เพียงร้อยละ 19.8 ($R^2 = .198$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาอำนาจการทำนายของแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .241, p < .05$) รองลงมาในระดับที่ใกล้เคียงกันคือ ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = .213, p < .05$) จากผลการศึกษากครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่า ตัวแปรด้านปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากผลการศึกษากครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 มีความรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 42 คือระดับสูง และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ($r = .322, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .213, p < .05$) ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล โดยการมีความรู้ของบุคคล จะนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้สถานะคุกคามของโรค ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นๆ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มากกว่าอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดโรคในที่สุด (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคถือเป็นกุญแจหลักที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอส แอล อี โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากแสงแดด การจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ (Pisetsky et al., 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดโรค เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Champion & Menon, 1997; Fish & Wilkinson, 2003; Petro-Nustus & Mikhail, 2002; Secginli & Nahcivan, 2006; Umeh & Rogan-Gibson, 2001) ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาพยาบาล กับความร่วมมือในการ

รักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด (บังอร ปีประทุม, 2548) ความรู้เกี่ยวกับโรค กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ (Aspeling & Wyk, 2008) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ กับความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานยา (Alm-Roijer et al., 2006) ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Rimal, 2001) และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคจำแนกตามรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด (Mean = 4.38, S.D. = 0.76) ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้จักชื่อยา จำนวนเม็ดและเวลาที่ต้องรับประทาน นอกจากนั้น ยังทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่ เช่น ผลข้างเคียงของเพรดนิโซโลน ว่าทำให้อ้วน หน้าบวมหรือเป็นสิว ดิฉะเอียง ผิวนางบาง โดยผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า “เป็นโรคนี้ต้องกินยาตลอด ต้องรู้ว่ากินเวลาไหน ยังไง อาจมีผลข้างเคียงอะไรเกิดขึ้น” ซึ่งอาจเป็นเพราะโรคไตอักเสบเรื้อรัง เป็นโรคที่ต้องปรับเพิ่มหรือลดจำนวนยาบ่อยครั้ง และยาที่รับประทานมักเกิดผลข้างเคียงที่ชัดเจน (Chan, 2005; Lightstone, 2010) และอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาจากแพทย์และพยาบาลโดยตรง ร่วมกับความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ (ศิริมาส บุญประสาร, 2544) ผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะเรียนรู้เรื่องยาที่รับประทานมากขึ้น นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคจำแนกตามรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดในอัตราส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 99) คือ ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังที่มีอาการบวมควรงดอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เกล็ด น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว ปลา ร้า ปลาเค็ม ของหมักดองรวมทั้งผงชูรส และ ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังถึงแม้จะมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังมีความจำเป็นต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ นั้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้จากโรคเอดส์ แอล อี ที่เป็นโรคประจำตัวเดิมมาระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งในรายละเอียดของโรคมีความคล้ายคลึงกับโรคไตอักเสบเรื้อรังอยู่มาก สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณดา นางแย้ม (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ($r = .288, p < .01$) และความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ($r = .368, p < .01$) โดยอธิบายว่า ระยะเวลาการเป็นโรคที่นานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรคมามากขึ้น เนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำ และความรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่นเดียวกับตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ที่พบว่ายิ่งผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคมามากขึ้น จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนั้นอาจเกิดจากลักษณะของข้อคำถาม

ทั้งสองข้อ เป็นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสามารถคาดเดาคำตอบที่ถูกต้องได้ เนื่องจากเป็นข้อปฏิบัติทั่วไปที่บุคคลพึงกระทำ เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การงดรับประทานอาหารรสเค็มจัด ซึ่งแม้ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ก็สามารถคาดเดาคำตอบได้ ในการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไต อีกเสบลูปีสครั้งต่อไป จึงควรหลีกเลี่ยงข้อคำถามที่มีลักษณะดังกล่าว สำหรับข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 53) คือ ผู้ป่วยโรคไตอีกเสบลูปีสสามารถดื่มน้ำได้เท่าที่ต้องการ แม้มีอาการบวม หอบเหนื่อย หรือปัสสาวะออกลดลง ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า การดื่มน้ำมากๆ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายได้ขับของเสีย และทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ดี แต่เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการทำงานของไตผิดปกติมาก จำเป็นต้องมีการจำกัดน้ำเพื่อช่วยลดการทำงานของไต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการบวม หอบเหนื่อย หรือปัสสาวะออกลดลง (Jadoul, 2006) จึงควรส่งเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้องกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ และการจำกัดน้ำในระดับที่เหมาะสม

นอกจากนั้นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอีกเสบลูปีสได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .362, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอีกเสบลูปีสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .241, p < .05$) ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการรับรู้และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, 1974a cited in Shanks, 2008) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือคนที่มีความสำคัญอื่นๆ อาจทำให้บุคคลนั้นสามารถลงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Li, et al., 2007) พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักในผู้หญิงแอฟริกันอเมริกันและคอเคเซียน (Nothwehr, 2004) พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์ (สมจิตร คุลาทอง, 2547) พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (อุไรวรรณ สาสังข์, 2548) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง (อรุณี ศรีนวล, 2548) ซึ่งในผู้ป่วยไตอีกเสบลูปีสก็มีอาการ

ของโรคเกิดขึ้นหลายอาการ เช่น อาการอ่อนเพลีย บวม ปวดข้อ มีผื่น (Chan, 2005; Lightstone, 2010) นอกจากนั้นยังมีการของโรค และอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่อาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย เช่น ผมหงอก หน้าบวม และมีสิว (Pisetsky et al., 1997) ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาตามรายกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด (Mean = 24.06, S.D. = 4.64) รองลงมาเป็นบุคคลใกล้ชิด (Mean = 22.70, S.D. = 4.98) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 อาศัยอยู่กับบิดามารดา รองลงมาร้อยละ 38 อาศัยอยู่กับพี่น้อง สำหรับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมักจะเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ กำลังใจ การแบ่งปันทุกข์สุข การช่วยเหลือด้านการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา รวมทั้งการช่วยเหลือเมื่อเกิดโรคกำเริบ และการมาพบแพทย์ตามนัด การได้รับการสนับสนุนดังกล่าว จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้อีกเสถียรที่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .255, p < .01$) โดยอธิบายว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับโรค โดยผู้ที่ครอบครัวให้ความสนใจดูแลมาก จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมมาก (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อารมณ์ ดินาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2552) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 20.15, S.D. = 5.86) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพของตนเอง และสร้างครอบครัว ไม่มีเวลาที่จะพบปะสังสรรค์เยี่ยมเยียนหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดความเหินห่างจากเพื่อนฝูง โดยส่วนใหญ่จะพูดคุยกับเพื่อนเฉพาะเรื่องการประกอบอาชีพ การมีครอบครัว และการใช้ชีวิตประจำวัน มากกว่าที่จะพูดคุยปรึกษาหรือช่วยเหลือเรื่องความเจ็บป่วย

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้ตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.288, p < .01$) ก็ตาม แต่เมื่อหาอำนาจในการทำนายพบว่า มีอำนาจในการทำนายค่อนข้างต่ำและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.119, p > .05$) เนื่องจากตัว

แปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออำนาจการทำนาย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) นอกจากนั้นอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) แต่การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา เช่น ในผู้ป่วยหญิงโรคเอส แอล อี ของ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.013, p > .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรมน ศรียุกตสุทธ และคณะ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ และพบว่า การรับรู้อุปสรรคร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.119, p > .05$) จากการศึกษาครั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีรายได้ที่เพียงพอ และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากการใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม หรือเบิกจากต้นสังกัด และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จึงทำให้ไม่มีอุปสรรคที่เกิดจากค่าใช้จ่ายดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคเกี่ยวกับการไม่มีเงินอยู่ในลำดับแรกของอุปสรรคที่พบมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.81) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัด ซึ่งหลายรายมาจากต่างจังหวัด จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนมาก แม้แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากในการเดินทางแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้รถยนต์สาธารณะ เพราะสะดวก รวดเร็ว มาตรวจตามนัดได้ทันเวลา และต้องระมัดระวังป้องกันการติดเชื้ออีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrison และ Stuitbergen (2001) ที่พบว่า การไม่มีเงินและการเดินทางที่ไม่สะดวก เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคโปลิโอ นอกเหนือจากอุปสรรคด้านสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย ไม่มีเวลา และมีภาระหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบ สำหรับอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนในระดับที่มากเรียงตามลำดับ ได้แก่ กลัวผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนของการปฏิบัติ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97) เช่น กลัวผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน กลัวอันตรายจากการออกกำลังกาย ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า การกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในอุปสรรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี

นอกเหนือจากอุปสรรคด้านสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย เช่นเดียวกับสุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติ คำรงกุล, และสุปราณี คำจันทร์ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เกิดจากการที่ผู้ป่วยเหล่านั้นกลัวอันตรายและผลข้างเคียงของยาหากต้องรับประทานยาไปนานๆ เช่น บางรายเชื่อว่าถ้ารับประทานยาไปนานๆ จะทำให้กระดูกพรุนหรือบางได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้อีกเสบ ลูบบางรายจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงของยา โดยมีความเชื่อว่า การรับประทานยาสแตตินจะส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมในอนาคต นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลัวโรคกำเริบจากการออกกำลังกาย กลัวการระคายเคืองจากการใช้ครีมกันแดด ฯลฯ สำหรับอุปสรรครองลงมา (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96) คือ กลัวเป็นภาระกับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยหลายรายคิดว่า โรคได้อีกเสบเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และต้องเข้ารับการรักษายาวนานสม่ำเสมอ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดต้องรับภาระการดูแลที่มากขึ้น ทั้งในเรื่องหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่าย เวลา ตลอดจนสภาพจิตใจ โดยผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า “ไม่คิดว่าจะต้องมาเป็นภาระให้กับคนอื่นอย่างนี้ จะไปไหนทำอะไรก็ต้องมีคนช่วย เวิร์กของคนอื่นแท้ๆ” บางรายกล่าวว่า “บางทีก็อยากไปออกกำลังกาย หรือนั่งเล่นคลายเครียดที่สวนสาธารณะ แต่ลูกไม่ยอมให้ไปคนเดียว เขาก็ไม่ค่อยว่างจะไปด้วย เพราะเขาต้องทำงาน” นอกจากนั้นยังมีอุปสรรคเกี่ยวกับภาระหน้าที่อื่นที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบดูแล (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน ซึ่งต้องรับผิดชอบการเรียนหรืองานประจำที่ทำอยู่ ทำให้ต้องเร่งรีบจนบางครั้งไม่มีเวลารับประทานอาหารหรือเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ นอกจากนั้นยังมีอุปสรรคอื่นๆ ได้แก่ สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย ขาดข้อมูลว่าต้องทำอะไร ไม่มีเงิน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย (คะแนนเฉลี่ย 1.91, 1.80, 1.81, 1.76 และ 1.75 ตามลำดับ) ใกล้เคียงกับอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Harrison & Stuijbergen, 2001; Sriyuktasuth, 2002; Stuijbergen & Rogers, 1997; Stuijbergen & Becker, 1994) สำหรับอุปสรรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (เท่ากับ 1.30 คะแนน) คือ การขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้ว และสอดคล้องกับ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเอส แอล อี เพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่บอกว่าขาดความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสังคมไทยเป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พึ่งพาอาศัยกันตลอดเวลา มีการช่วยเหลือสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ ให้กำลังใจ และมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน (อรพณ ศรียุคศุทธ และคณะ, 2547)

สำหรับตัวแปรด้านการรับรู้อาการของโรคจากการศึกษารุ่นนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.124, p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่า อาการหรือความเจ็บป่วย จะทำให้นุคคลเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนให้เหมาะสม โดยอาการของโรคที่รุนแรง หรือก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย จะเป็นตัวกระตุ้นให้นุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้นุคคลนั้นปฏิบัติตนตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการ หรือความรุนแรงดังกล่าว (Stretcher & Rosenstock, 1997) อีกทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อาการหรือการรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น ในการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ Kyngas (2000) ที่พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีอาการ โดยอธิบายว่า ถ้าบุคคลไม่มีอาการของความเจ็บป่วยใดๆ เกิดขึ้นเลย บุคคลเหล่านั้นก็จะไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย และไม่มีเหตุผลที่จะต้องรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีอาการของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เช่น มีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือเคยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จะตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เนื่องจากได้รู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง และอาจมีความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ O'Carrol และคณะ (2001) ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้อาการของโรคในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และพบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจรักษาขอคำปรึกษา หรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยได้ (O'Carrol, Smith, Grubb, Fox, & Masterton, 2001) แต่จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง และในกลุ่มผู้ป่วยใกล้เคียง เช่น ผู้ป่วยเอส แอล อี ที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการและพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 2 อาการ) ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในคลินิกโรคไต ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรค ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาและติดตามผลอยู่อย่างสม่ำเสมอ จึงอาจทำให้ไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น หรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นแต่อยู่ในความดูแลของแพทย์ และสามารถควบคุมได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน จึงอาจคิดว่าอาการของโรคที่มีอยู่ เกิดจากความเมื่อยล้าเพราะการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี หลายรายคิดว่าอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย หรือแม้กระทั่งอาการปวดที่

เกิดขึ้น เกิดจากการทำงานที่หนักเกินไป และบางรายคิดว่าตัวเองกำลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (Mendelson, 2009) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยดังกล่าวมีความมุ่งมั่นในการเรียน และการประกอบอาชีพเพื่อสร้างครอบครัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายมองข้ามอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า “ก็มีอ่อนเพลีย ปวดแขนปวดขาบ้าง ก็เป็นธรรมดาของคนทำงาน คงไม่ใช่เพราะโรคหรือ” นอกจากนั้นในผู้ป่วยหลายรายที่บอกว่ามีอาการของโรคเกิดขึ้น และตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องมากขึ้น แต่ก็มีข้อจำกัดด้านภาระหน้าที่ และเวลา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่วางแผนไว้ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การสังเกตและจดจำผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการปกป้องตนเองจากแสงแดดหรือปัจจัยอื่นๆ ที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และไม่มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบหรือมีข้อจำกัดด้านเวลา จึงมีเวลาดูแลตนเองได้เต็มที่ และถึงแม้ว่าผลการศึกษารound นี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่คาดการณ์ไว้ แต่ทำให้ทราบได้ว่าอาการของโรคที่พบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ อาการอ่อนเพลียร้อยละ 63 รองลงมาร้อยละ 41 มีอาการปวดข้อ และมีอาการบวมร้อยละ 33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ (2007) ที่พบว่า อาการที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอส แอล อี และสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ คือ อาการอ่อนเพลียและอาการปวด (Huang et al., 2007) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mendelson (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง มีไข้ และปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด รวมทั้งเพื่อน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่เหมาะสม นอกจากนั้นควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

จริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆ ที่ปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัส เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคม แบบพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และผ่านการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Kuder-Richardson 20 สำหรับแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง และสถิติ Cronbach's alpha coefficient สำหรับแบบสอบถามอื่นๆ ซึ่งในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง เท่ากับ .624 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ .714 แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพฤติกรรม เท่ากับ .924 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ .668 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์เชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ .710, .848, .929 และ .726 ตามลำดับ

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าความแตกต่างทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

3. อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regressions) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี สถานภาพสมรสโสด ประกอบอาชีพทำงานประจำ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในอัตราส่วนที่เท่ากัน พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยพอ ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล สำหรับลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี มีพยาธิสภาพที่ไต ระดับ 4 และมีระดับความดันโลหิต, Blood Urea Nitrogen, Serum Creatinine, Serum albumin และ Creatinine Clearance ปกติ แต่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ 1+ ถึง 4+

2. ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังพบว่า

2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และรองลงมาร้อยละ 42 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 0.88) และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 0.78)

2.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.69 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน โดยอุปสรรคที่พบมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.97) คือ การกลัวผลข้างเคียง/ผลแทรกซ้อนของการปฏิบัติ และอุปสรรคที่น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.30) คือ การขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัว/เพื่อน

2.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.57 จากคะแนนเต็ม 7 โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 6.02) และการสนับสนุนจากเพื่อนต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย 5.04)

2.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยร้อยละ 63 มีอาการอ่อนเพลีย รองลงมาร้อยละ 41 มีอาการปวดตามข้อ และมีอาการบวมร้อยละ 33 ตามลำดับ

2.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.21 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ 3.42) และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปน้อยที่สุดคือ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ 3.06)

3. จากการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค พบว่า สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัสได้ร้อยละ 19.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .198$, $F = 5.873$, $p < .05$) และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .241$, $p < .05$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = .213$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับที่สูงกว่าตัวแปรอื่นๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัสได้ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เพื่อน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ได้ช่วยส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การให้กำลังใจ แบ่งปันทุกข์สุข ช่วยเหลือด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้น ตลอดจนการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัส มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับที่ใกล้เคียงกับการสนับสนุนทางสังคม และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูบัสได้เช่นเดียวกัน จึงควรส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป เช่น การหลีกเลี่ยงแสงแดดและสถานที่แออัด การออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอ การหลีกเลี่ยงความเครียด ฯลฯ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง

ด้านการทําวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตอวัยวะปลูกถ่ายที่มีบริบทแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรค ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอื่นๆ เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอาจมีความแตกต่างด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและการรับรู้อาการของโรคที่แตกต่างออกไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายๆ บริบท
2. ควรมีการศึกษาสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยนานมากกว่า 20 ปี เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งอาจมีพฤติกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากพฤติกรรมที่ศึกษา และสามารถป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากตัวแปรที่เลือกศึกษาในครั้งนี้ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้เพียงร้อยละ 19.8 เท่านั้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจมีอิทธิพล และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่ายได้มากยิ่งขึ้น
4. เนื่องจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือที่พัฒนาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจมีข้อบกพร่องของเครื่องมือบางฉบับ เช่น ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการของโรค แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการทําวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่ายที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัด แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายหรือนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่ายอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบรูปีส

FACTORS INFLUENCING RELAPSE PREVENTION BEHAVIORS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์ 5136777 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, Ph.D. (NEUROSCIENCES),
อรวรรณ ศรียุคศุทธ, D.S.N., ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, M.D. (Dr. Med)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตอักเสบรูปีส (Lupus Nephritis: LN) เป็นโรคที่เกิดจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติของร่างกายในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (Eddy, 2004; Kriz & LeHir, 2005) โดยกลุ่มประชากรในแถบทวีปเอเชียมีอุบัติการณ์การเกิดโรคไตอักเสบรูปีสมากที่สุด คือร้อยละ 55 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Ortega, Schultz, Lenz, Pardo, & Contreras, 2009) สำหรับในประเทศไทย จากการตรวจพยาธิสภาพของไตในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ทุกราย พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 90 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดไตอักเสบรูปีสในผู้ป่วยเอส แอล อี มีมากกว่าร้อยละ 50 (ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, ฉัญฐิยา พิมทะโนทัย และสมชาย อรรถศิลป์, 2547; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Ortega, et al., 2009; Seshan & Jennette, 2009; Shayakul, et al., 1995; Singh & Salama, 2009)

ไตอักเสบรูปีส เป็นภาวะที่เกิดได้บ่อย และอาจมีความรุนแรงมาก จนนำไปสู่ภาวะไตวายหรือเสียชีวิตได้ (ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์ และคณะ, 2547; Lightstone, 2010) การกำเริบของโรคไตอักเสบรูปีสบ่อยครั้ง ทำให้มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้มากขึ้น (Ponticelli & Moroni, 1998) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยเอส แอล อี ที่ไตถูกทำลาย กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) และต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต

(Jain, Valerie Bloomfield, & Clark, 2009; Pollak & Pirani, 1997) เป้าหมายการดูแลรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมุ่งเน้นการดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมและส่งเสริมการทำหน้าที่ของไต โดยการควบคุมไม่ให้กำเริบและมีความรุนแรงมากขึ้น (Ortega, et al., 2009; Pisetsky, Gilkeson, & St. Clair, 1997)

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้โรคเอส แอล อี กำเริบ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงสัมผัสแสงแดด การป้องกันการติดเชื้อ (อนิรุท ภัทรกาญจน์, 2551) การรับประทานยาและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา (ลิณา อองอาจยุทธ, 2548; Chan, 2005) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร (ปรียานุช แยมวงษ์, 2551) ซึ่งตัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนมีโอกาสที่จะเกิดโรสดังกล่าวหรือโรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) ปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลกับความเชื่อดังกล่าว และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค เนื่องจากความรู้จะนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้สถานะคุกคามของโรค รวมไปถึงรับรู้ประโยชน์ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Strecher & Rosenstock, 1997) อีกปัจจัยหนึ่งคือการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญที่สุด ที่จะเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Strecher & Rosenstock, 1997) และพบว่าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550; Deshpande, Basil, & Basil, 2009) นอกจากนั้นยังพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ใบนัดตรวจของแพทย์ คำแนะนำจากแพทย์พยาบาล และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิด จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (Strecher & Rosenstock, 1997) นอกจากนั้นอาการของโรคที่เกิดขึ้น เช่น ไข้ ผื่นแดง อ่อนเพลีย บวม ความดันโลหิตสูง สีและจำนวนของปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป (Shayakul, et al., 1995) ก็เป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งอาการของโรสดังกล่าว จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความระมัดระวังและดูแลตนเอง เนื่องมาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีมากขึ้น (Strecher & Rosenstock, 1997)

อย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และมี

ความรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้แก่ ปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ดีและเหมาะสม ลดความรุนแรงและการกำเริบของโรค และสามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

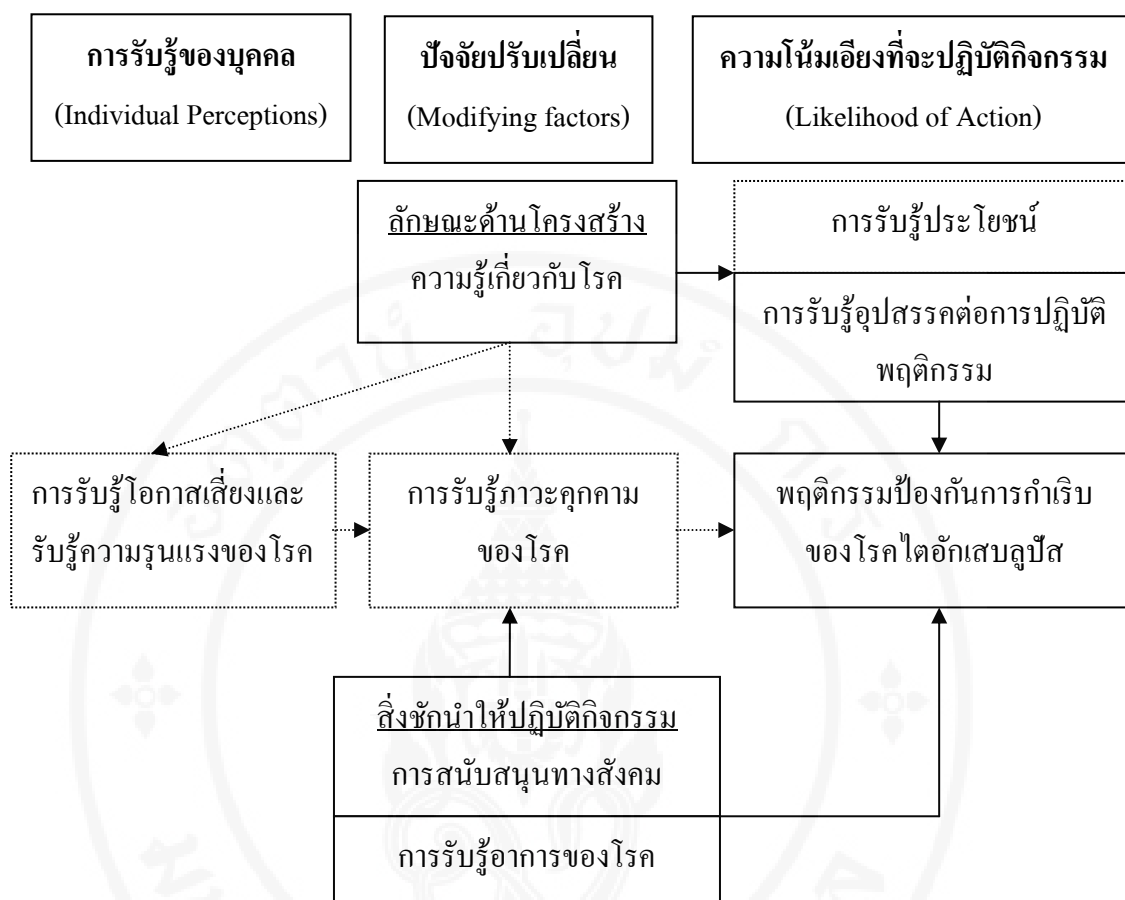
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher และ Rosenstock (1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความรู้เกี่ยวกับโรค ลักษณะทางสังคมจิตวิทยา และสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรม (Cues to action) เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น อาการของโรค ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) มีองค์ประกอบย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อที่จะป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการเกิดซ้ำ ตลอดจนลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค รวมไปถึงการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในด้านต่างๆ (Pollak & Pirani, 1997) สำหรับการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยในผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก จะมีโอกาสไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (Strecher & Rosenstock, 1997; Sullivan, et al., 2008) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ก็มีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น (Shanks, 2008) นอกจากนั้นในผู้ป่วยแต่ละราย จะมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้อาการของโรคมมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น (Strecher & Rosenstock, 1997)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ศึกษาในส่วนที่เป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยปรับเปลี่ยน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และองค์ประกอบด้านความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงองค์ประกอบด้านสิ่งชักนำการปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งสามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ดัดแปลงจาก: กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher และ Rosenstock (1997)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลูปัส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง ที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามได้ และเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลศิริราช คลินิกโรคไต ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนมกราคม 2554 จำนวน 100 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยต้องทราบว่าตนเองเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง และสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้เอง สื่อสารได้เข้าใจ และต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตประสาท

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยการเปิดตาราง Power Analysis สำหรับ Multiple Regression ของ Polit & Beck (2008) โดยกำหนดค่า α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) $(1 - \beta)$ เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ปานกลาง (Medium effect size) ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2004) จากการคำนวณ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ควรศึกษาประมาณ 86 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ประวัติการมีอาการของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรค ระดับพยาธิสภาพที่ไตและวันที่ทำการตรวจ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Urea Nitrogen, Creatinine, Urine Protein, Albumin และระดับ Creatinine Clearance

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งออกเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาอย่างละ 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งข้อความที่ถูกและผิด โดยข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบเพียงอย่างเดียวคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่

ทราบ” แบบสอบถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรัง ออกเป็น 3 ระดับ (อุไรวรรณ สาสังข์, 2548; Waltz, Strickland, & Lenz, 1991) ดังนี้ คะแนน 0-11 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 12-17 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 18-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีพื้นฐานมาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock (1997) ร่วมกับการวิจัยที่ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของ อรวรรณ ศรียุคศุทธ และคณะ (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คือ ไม่เคยเป็นอุปสรรค ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ ให้ 4 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน การแปลความหมายจะใช้คะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยมากแสดงว่า มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก คะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่า มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างขึ้นโดย Zimet และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ แบบสอบถามนี้มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-7 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็นพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การใช้ยา 5 ข้อ และการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งออกเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกวัน ให้ 4 คะแนน จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบ มี 14 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ปฏิบัติทุกวัน ให้ 1 คะแนน จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 4 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรคมก คะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่ามีพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรคน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยได้อีกสิบสิบสัปดาห์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ .714 แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ .924 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค เท่ากับ .668 สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตอีกสิบสิบสัปดาห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR 20) ได้ค่าความเที่ยง .624 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ที่สามารถยอมรับได้ (บุษรา ประกอบธรรม, 2553)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช แล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตอีกสิบสิบสัปดาห์ ที่เข้ามารับการตรวจรักษาตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายถึงสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการตรวจรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย และเซ็นหนังสือยินยอม หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจใน

การตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง แต่ในรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 25 – 30 นาที และเนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งข้อมูลที่ต้องและไม่ถูกต้อง ภายหลังได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลที่ต้องเป็นรายบุคคล และเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด 100 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สำหรับวิเคราะห์อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การของโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปีร้อยละ 38 มีสถานภาพโสดและพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 52 สำหรับด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำงานประจำร้อยละ 70 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 73 ด้านสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิเบิกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 46 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล

สำหรับลักษณะความเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี โดยร้อยละ 81 มีระดับพยาธิสภาพที่ไตระดับ 4 สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 85) ระดับ Blood Urea Nitrogen ปกติ (ร้อยละ 72) ระดับ

Serum creatinine ปกติ (ร้อยละ 93) ระดับ Serum albumin ปกติ (ร้อยละ 78) รวมทั้งมีระดับ Creatinine Clearance ที่มากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที (ร้อยละ 80) มีเพียงผลการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ ที่พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีความผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ 1+ ไปจนถึงระดับ 4+

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (S.D. = 1.22) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุดคือการไม่หยุดใช้ยาหรือลดจำนวนยาเอง และการไม่รับประทานยาสมุนไพร (3.90 คะแนน) สำหรับพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.94 คะแนน) คือ การสังเกตผลข้างเคียงของยาที่ใช้โดยการจดจำหรือจดบันทึก

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .322$ และ $.362$ ตามลำดับ, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.288$, $p < .01$) สำหรับการรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.124$, $p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อาการของโรค กับพฤติกรรมป้องกัน การกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค	-				
2. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	-.289**	-			
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	.304**	-.399**	-		
4. การรับรู้อาการของโรค	-.023	.174	-.137	-	
5. พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค	.322**	-.288**	.362**	-.124	-

** $p < .01$

การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรต้นซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตามโดยใช้วิธีการแบบเข้าพร้อมกัน (Enter) โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 19.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ($R^2 = .198$, $F = 5.873$, $p < .05$) โดยมีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคมโดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้มากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .241$, $p < .05$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ($\beta = .213$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อาการของโรค เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระ: ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม: พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบลุปัส

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	60.457	5.080	-	11.900	
ความรู้เกี่ยวกับโรค	.434	.200	.213	2.165	.033*
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม	-.094	.082	-.119	-1.151	.253
การสนับสนุนทางสังคม	.090	.039	.241	2.343	.021*
การรับรู้อาการของโรค	-.220	.315	-.065	-.698	.487

R = .445, R² = .198, Adjusted R² = .164, Overall F = 5.873, Sig. F = .000

* p < .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 38 สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคได้อีกเสบลุปัสส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยรุ่นตอนปลายไปจนถึงวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยพบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ประมาณ 8.5-10:1 (Ayodele, et al., 2010; Seshan & Jennette, 2009) จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ต้องทำงานประกอบอาชีพ ร่วมกับร้อยละ 12 ยังอยู่ในวัยเรียน จึงอาจเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีสถานภาพโสด และพักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 มีรายได้เพียงพอ และส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-3 ปี และในภาพรวมมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10 ปีแรก ถึงร้อยละ 92 สอดคล้องกับการศึกษาของ Molino และคณะ (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะพบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 72 ภายในระยะเวลา 10 ปี (Molino, Fabbian, & Longhini, 2009) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 มีพยาธิสภาพที่ไทรระดับ 4 (WHO class IV: Diffuse proliferative) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไทรระดับดังกล่าว จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาและตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน (Smith, et al., 2000) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าพยาธิสภาพที่ไทร ระดับ 4 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ผู้ป่วยควรที่จะ

ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2542; Molino, et al., 2009; Ortega, et al., 2009; Williams et al., 2007) สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตปกติร้อยละ 85 ระดับครีเอตินินในเลือดปกติร้อยละ 93 ระดับอัลบูมินในเลือดปกติร้อยละ 91 และระดับ Creatinine Clearance ปกติร้อยละ 80 แต่พบว่ามีระดับโปรตีนในปัสสาวะที่ผิดปกติถึงร้อยละ 68 จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่วนใหญ่พบว่าปกติ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่เหมือนการเปลี่ยนแปลงของระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Ortega, et al., 2009)

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคไต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตอักเสบเรื้อรังจากแพทย์และพยาบาลโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเพื่อลดอัตราการกำเริบของโรค เพราะเชื่อมั่นในตัวบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้คำแนะนำ สอดคล้องกับศิริมาส บุญประสาร (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในภาคใต้ มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราชที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในระดับประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด โดยพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยดีที่สุดที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยไม่หยุดใช้ยาหรือลดจำนวนยาเอง และไม่รับประทานยาสมุนไพร แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสังเกตผลข้างเคียงของยาที่ใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการจดจำผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากบางรายไม่เคยมีอาการข้างเคียงของยา หรือบางรายมีอาการข้างเคียงแต่เป็นอาการเดิมที่เคยเกิดขึ้น และเห็นว่าเป็นอาการข้างเคียงปกติไม่ต้องจดจำหรือจดบันทึก สอดคล้องกับสุกร บุญปวนิช และพงษ์ศักดิ์ ด่านเดชา (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ให้ความสำคัญกับการ

สังเกตอาการข้างเคียงของยา และไม่กล้าหยุดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอส แอล อี พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยา และการเข้าใจข้อบ่งชี้ของยาผิด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (อาทิตยา ไทพาณิชย์, จิรภัทร วงศ์ชินศรี, จิตินันท์ เอื้ออำนวย, และอภิฤดี เหมะจุทา, 2551) ซึ่งการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะนำไปสู่การกำเริบของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่ลงได้ (Osterberg & Blaschke, 2005)

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปมีคะแนนน้อยที่สุด โดยเฉพาะด้านการสังเกตอาการผิดปกติ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงแสงแดด สังเกตจดจำสิ่งที่ทำให้โรคกำเริบ และการออกกำลังกาย (คะแนนเฉลี่ย 2.99, 2.87, 2.75 และ 2.37 ตามลำดับ) ซึ่งจากการสอบถาม ผู้ป่วยรู้ดีว่าการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หรือการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีแต่ไม่สามารถที่จะปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ เนื่องจากไม่มีเวลา มีอุปสรรคด้านสถานที่ออกกำลังกาย และลักษณะงานที่ทำอยู่ไม่สามารถเอื้อต่อการปฏิบัติ สอดคล้องกับ Huang และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ในประเทศไต้หวันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา บางรายมีอาการปวด อ่อนเพลีย และบางรายไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งต้องมีการส่งเสริมเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย รวมทั้งผลของการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย (Huang, Chou, Lin, & Chao, 2007) และจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีระยะเวลาเพียงสั้นๆ จึงอาจทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taun (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี เพียงร้อยละ 60 ที่เข้ารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ใช้เวลาเพียงสั้นๆ ในการพูดคุยกับแพทย์ และไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติมจากสื่ออื่นๆ รวมทั้งไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมของทีมสุขภาพ จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคด้านการปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปของผู้ป่วย เนื่องจากมีรายละเอียดของการปฏิบัติมาก และต้องสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

สมมติฐานการวิจัย: ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้ร้อยละ 19.8 ($R^2 = .198$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือ การสนับสนุนทางสังคม ($B = .241, p < .05$) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ($B = .213, p < .05$) จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่า ตัวแปรด้านปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 42 คือระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค ($r = .322, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .213, p < .05$) ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่า การมีความรู้ของบุคคล จะนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค ตลอดจนรับรู้สภาวะคุกคามของโรค (Stretcher & Rosenstock, 1997) ความรู้เกี่ยวกับโรคถือเป็นกุญแจหลักที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองในผู้ป่วยเอส แอล อี โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากแสงแดด การจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ (Pisetsky et al., 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดโรค เช่น ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาพยาบาล กับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด (บังอร ปีระทุม, 2548) ความรู้เกี่ยวกับโรค กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ (Aspeling & Wyk, 2008) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ กับความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานยา (Alm-Roijer et al., 2006) และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคจำแนกตามรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับประทานยามากที่สุด (Mean = 4.38, S.D. = 0.76) ซึ่งอาจเป็นเพราะโรคไตอักเสบเรื้อรัง เป็นโรคที่ต้องปรับเพิ่มหรือลดจำนวนยาบ่อยครั้ง และยาที่รับประทานมักเกิดผลข้างเคียงที่ชัดเจน (Chan, 2005; Lightstone, 2010) และอาจเกิดจากการ

ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาจากแพทย์และพยาบาลโดยตรง ร่วมกับความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ (ศิริมาศ บุญประसार, 2544)

นอกจากนั้นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .362, p < .01$) และสามารถรวมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .241, p < .05$) ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการรับรู้และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, 1974a cited in Shanks, 2008) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือคนที่มีความสำคัญอื่นๆ อาจทำให้บุคคลนั้นสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Li, et al., 2007) พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์ (สมจิตร ตุลาทอง, 2547) พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอล อี (อุไรวรรณ สาสังข์, 2548) ซึ่งในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังก็มีอาการของโรคเกิดขึ้นหลายอาการ เช่น อาการอ่อนเพลีย บวม ปวดข้อ มีผื่น (Chan, 2005; Lightstone, 2010) และอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย เช่น ผื่นบวม และมีผิว (Pisetsky et al., 1997) ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด (Mean = 24.06, S.D. = 4.64) รองลงมาเป็นบุคคลใกล้ชิด (Mean = 22.70, S.D. = 4.98) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 อาศัยอยู่กับบิดามารดา สอดคล้องการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .255, p < .01$) โดยอธิบายว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับโรค โดยผู้ที่ครอบครัวให้ความสนใจดูแลมาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

เฉพาะโรคที่เหมาะสมมาก (อังฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อาภรณ์ ดีนาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2552) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\text{Mean} = 20.15$, $\text{S.D.} = 5.86$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพของตนเอง และสร้างครอบครัว ไม่มีเวลาที่จะพบปะสังสรรค์ หรือทำกิจกรรมร่วมกัน

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.288$, $p < .01$) แต่มีอำนาจในการทำนายค่อนข้างต่ำและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.119$, $p > .05$) เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออำนาจการทำนาย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) นอกจากนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ ที่จะเป็นตัวกำหนดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา เช่น ในผู้ป่วยหญิงโรคเอส แอล อี ของ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.013$, $p > .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรพณ ศรียุคตสุทฐ และคณะ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ และพบว่า การรับรู้อุปสรรคร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.119$, $p > .05$) จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ อาจเกิดจากส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีรายได้ที่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้ไม่มีอุปสรรคที่เกิดจากค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคเกี่ยวกับการไม่มีเงินอยู่ในห้าอันดับแรกของอุปสรรคที่พบมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.81) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องมียาใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัด โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้รถยนต์สาธารณะ เพราะสะดวก รวดเร็ว และต้องระมัดระวังการติดเชื้อมากด้วย อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีคะแนนมากที่สุด คือ กลัวผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนของการปฏิบัติ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า การกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในอุปสรรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี นอกเหนือจากอุปสรรคด้านสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย เช่นเดียวกับสุมาลี วัฒนากกร, ชุติมา ผาติ

ดำรงกุล, และสุปราณี คำจันทร์ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เกิดจากการที่ผู้ป่วยเหล่านั้นกลัวอันตรายและผลข้างเคียงของยาหากต้องรับประทานยาไปนานๆ สำหรับอุปสรรครองลงมา (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96) คือ กลัวเป็นภาระกับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยหลายรายคิดว่า โรคไตอักเสบเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และต้องเข้ารับการรักษายาวนานอย่างสม่ำเสมอ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดต้องรับภาระการดูแลที่มากขึ้น สำหรับอุปสรรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (เท่ากับ 1.30 คะแนน) คือ การขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้ว และสอดคล้องกับ Sriyuktasuth (2002) ที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงโรคเอส แอล อี เพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่บอกว่าขาดความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยเป็นสังคมที่อยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือสนับสนุนกันในด้านต่างๆ ให้กำลังใจ และมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน (อรพณ ศรียุคศุทธ และคณะ, 2547)

สำหรับตัวแปรด้านการรับรู้อาการของโรคจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.124, p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่า อาการหรือความเจ็บป่วย จะทำให้อุบัติการณ์เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนให้เหมาะสม (Stretcher & Rosenstock, 1997) อีกทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อาการหรือการรับรู้อาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย (Kyngas, 2000) โดยอธิบายว่า ถ้าบุคคลไม่มีอาการของความเจ็บป่วยใดๆ เกิดขึ้นเลย บุคคลเหล่านั้นก็จะไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย และไม่มีเหตุผลที่จะต้องรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีอาการของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือเคยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้จะตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เนื่องจากได้รับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง และอาจมีความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิตได้ แต่จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังและในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการและพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีการรับรู้อาการของโรคอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในคลินิกโรคไต ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรค ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค และผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจทำให้ไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน หลายรายจึงคิดว่าอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย

หรือแม้กระทั่งอาการปวดที่เกิดขึ้น เกิดจากการทำงานหรือการเรียนที่หนักเกินไป และบางรายคิดว่าตัวเองกำลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (Mendelson, 2009) นอกจากนั้นในผู้ป่วยหลายรายที่บอกว่ามีอาการของโรคเกิดขึ้น และตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องมากขึ้น แต่ก็มีข้อจำกัดด้านภาระหน้าที่ และเวลา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่วางแผนไว้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และไม่มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบหรือมีข้อจำกัดด้านเวลา และถึงแม้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ทำให้ทราบได้ว่าอาการของโรคที่พบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ อาการอ่อนเพลียร้อยละ 63 รองลงมาร้อยละ 41 มีอาการปวดข้อ และมีอาการบวมร้อยละ 33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ (2007) ที่พบว่าอาการที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอส แอล อี และสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ คือ อาการอ่อนเพลียและอาการปวด ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mendelson (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง มีไข้ และปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือการสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับโรค ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่เหมาะสม นอกจากนั้นควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆ ที่ปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแล และศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ได้ให้การส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกเสบลูบัส มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง

ด้านการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตออสเบลูบัสที่มีบริบทแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอกโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลาย บริบท
2. ควรมีการศึกษาสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยนานมากกว่า 20 ปี ซึ่งอาจมีพฤติกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากพฤติกรรมที่ศึกษา ที่จะสามารถป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตออสเบลูบัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากตัวแปรที่เลือกศึกษาในครั้งนี้ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้เพียงร้อยละ 19.8 เท่านั้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจมีอิทธิพล และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตออสเบลูบัสได้มากยิ่งขึ้น
4. เนื่องจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือที่พัฒนาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจมีข้อบกพร่องของเครื่องมือบางฉบับ ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตออสเบลูบัสที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัด แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลศิริราช และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายหรือนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตออสเบลูบัสอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้

FACTORS INFLUENCING RELAPSE PREVENTION BEHAVIORS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS

LIEUTENANT PORNJIT URAIRAT 5136777 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT,
Ph.D. (NEUROSCIENCES), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.,
TANYARAT TEERAPORNLERTRATT, M.D. (Dr. Med.)

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Problem**

Lupus Nephritis (LN) is a disease that occurs due to an abnormal immune response in the bodies of patients with SLE disease (Eddy, 2004; Kriz & LeHir, 2005). The population group in the Asian region has the highest prevalence rates at 55% of all patients (Ortega, Schultz, Lenz, Pardo, & Contreras, 2009). In Thailand, an examination of the pathology of LN in every patient with SLE disease shows the highest incidence at as high as 90% (Nephrology Society of Thailand, 1999), which concurs with previous literature reviews which have found the incidence of LN in patients with SLE disease to be over 50% (Yingyot Awihingsarnon, Nattiya Pimthanothai and Somchai Akhasilp, 2004; Nephrology Society of Thailand, 1999; Ortega, et al., 2009; Seshan & Jennette, 2009; Shayakul, et al., 1995; Singh & Salama, 2009).

Lupus Nephritis is a frequently occurring condition and can be extremely severe, possibly leading to renal failure or death (Yingyot Awihingsarnon et al, 2004; Lightstone, 2010) and frequent LN relapses which leave patients at greater risk for end stage renal disease (Ponticelli & Moroni, 1998). According to the study, 15-20% of SLE patients with renal damage have end stage renal disease and require renal

replacement therapy (Jain, Valerie Bloomfield, & Clark, 2009; Pollak & Pirani, 1997). Hence, the main goal of treatment for this group of patients emphasizes treatment aimed at delaying deterioration and promoting renal function by preventing relapse and increased severity (Ortega, et al., 2009; Pisetsky, Gilkeson, & St. Clair, 1997).

Avoidance of the risk factors leading to SLE relapse depends partly on the suitability of the patients behavior and self-practice, e.g. avoiding exposure to sunlight, preventing infections (Anirut Patarakarn, 2008), medication adherence and monitoring for side effects to medication (Leena Ongadyudth, 2005; Chan, 2005), including behavior modification regarding dietary intake (Preeyanuch Yaemwong, 2008). Patients are the people who play the most important role in the aforementioned behavior. According to the Health Belief Model, whether or not people are able to practice disease prevention behavior or reduce disease severity is contingent upon the person's belief in the possibility that he/she may contract the aforementioned disease or that the potential disease is severe and will have an impact on the person's lifestyle. Furthermore, the person must belief that practicing according to recommendations will yield benefits, which can thereby help reduce the risk for the occurrence of disease or minimize disease severity (Strecher & Rosenstock, 1997). Factors with potential influence on the aforementioned belief and leading to behavioral practice aimed at preventing relapse of the disease in LN patients are knowledge about the disease because knowledge leads to perception of risk for occurrence of the disease, perceived disease severity, perceived threatening conditions associated with the disease, including both the benefits to action modification (Strecher & Rosenstock, 1997). Another factor is perceived barriers to action modification, which is considered the most important in designating individual behavior modification (Strecher & Rosenstock, 1997) and has been found to be a variable most capable of predicting health behavior (Preeyaporn Sawadsri, 2007; Deshpande, Basil, & Basil, 2009). It has also been found that access to news and information about the disease, doctor's appointment slips, advice from doctors and nurses and reminders from persons near to patients will help support patients in practicing appropriate behavior (Strecher & Rosenstock, 1997). Moreover, symptoms of the disease, such as fever, red rash, fatigue, edema, high blood pressure and changes in urinary color and frequency (Shayakul, et al., 1995), are significant factors prompting patients to maintain proper

behavior. The symptoms of the aforementioned disease are motivators for patients to practice caution and care for themselves due to increased perceived severity of the disease (Strecher & Rosenstock, 1997).

Nevertheless, according to previous literature reviews, no studies have been conducted on the relapse prevention behavior of patients with lupus nephritis, which is a significant and severe complication. Hence, the researcher is interested in exploring to determine which of the following factors influence the relapse prevention behavior in lupus nephritis patients: factors associated with knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support and perceived symptoms of the disease, which will yield data for application in nursing planning in concurrence with the real problems of patients and so patients will practice good and appropriate relapse prevention behavior, reduce disease severity and allow patients to live contentedly with the disease.

Research Questions

1. What are the behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis?
2. Do knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms have influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis?

Research Objectives

1. To investigate behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis
2. To determine the influence of knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis

Research Hypothesis

Knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms have an influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis.

Conceptual Framework of the Study

The researcher based the current study on the Health Belief Model of Strecher and Rosenstock (1997) in combination with social support concepts obtained from the literature review as the conceptual framework of the study. The Health Belief Model comprises the following three main components: 1) Individual Perceptions with perceived susceptibility and perceived severity as sub-components; 2) Modifying Factors, e.g. age, gender, nationality, knowledge about the disease, psychosocial characteristics and cues to action, such as advice received from other people and symptoms of the disease. These co-factors may have no direct impact on health behavior, but they will affect the perceived threat of the disease; 3) Likelihood of Action comprises perceived benefits and perceived barriers to action. The Health Belief Model explained that factors associated with practicing health behavior in order to prevent the occurrence, relapse and severity of the disease, which concurs with the relapse prevention behavior of LN patients whereby patients must have knowledge about the disease in combination with various aspects of self-practice (Pollak & Pirani, 1997). Perceived barriers to action may affect the unsuitable relapse prevention behavior of patients. Patients with numerous perceived barriers to action are less likely to practice as recommended (Strecher & Rosenstock, 1997; Sullivan, et al., 2008). Social support factors are significant in this group of patients because the patients require both physical and psychological assistance from their families, friends and other significant people. Patients with high levels of social support are more likely to practice proper behavior (Shanks, 2008). Furthermore, each patient exhibits different symptoms of the disease. Patients who perceive the symptoms of the disease will be more conscientious in self-care and proper behavior (Strecher & Rosenstock, 1997).

For the present study, the research employed the Health Belief Model; studies on modifying factors, i.e. knowledge about the disease; likelihood of action, i.e. perceived barriers to action; and cues to action, i.e. social support and perceived symptoms of the disease that influence relapse prevention behavior in LN patients, which can be presented in the following diagram for the conceptual framework of the research.

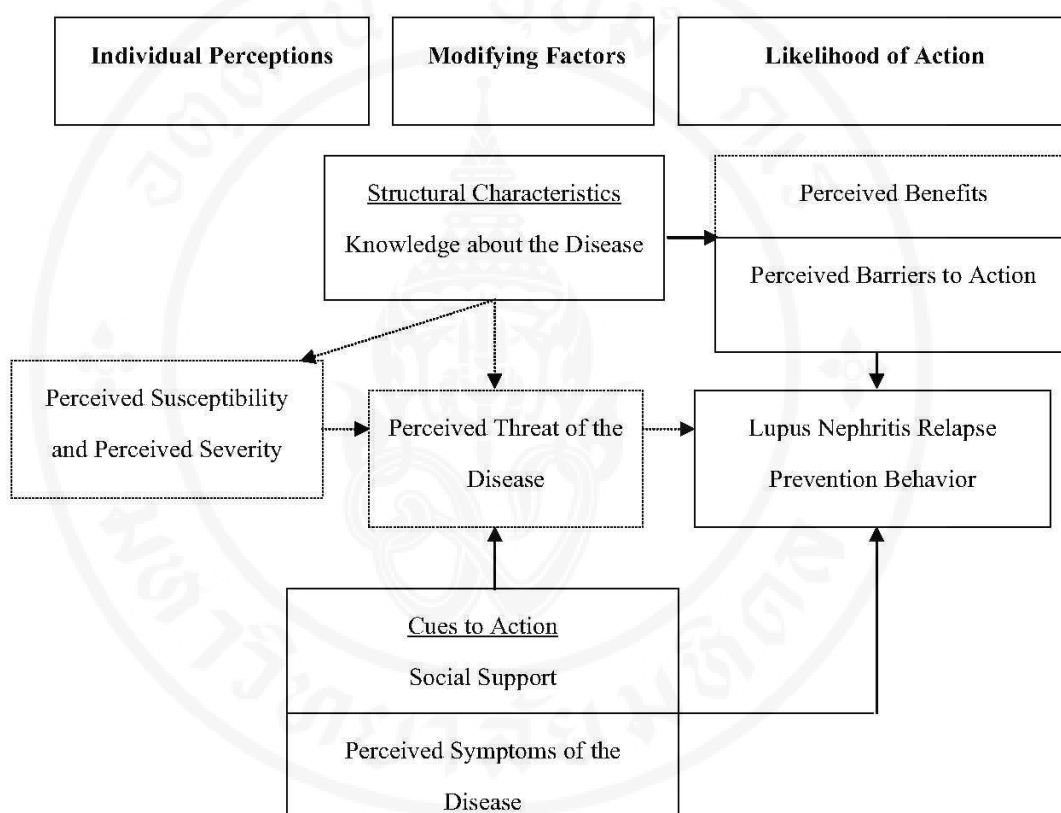


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

Modified from: The concept of Health Belief Model of Strecher and Rosenstock (1997)

Research Methodology

This study was based on a predictive correlational design aimed at studying the factors associated with knowledge about the disease, perceived barriers to action, social support and perceived symptoms of the disease influencing the relapse prevention behaviors of LN patients.

Population and Sample Group

The population comprised patients who had been clinically diagnosed with lupus nephritis who sought hospital treatment.

The sample group comprised 100 patients who had been clinically diagnosed with lupus nephritis, were aged 18 years and up, had good consciousness with ability to answer questions who sought treatment at the Renal Clinic at Siriraj Hospital from October of 2010 to January of 2011. The inclusion criteria was set for the sample group: Patients had to realize they had LN and be able to perform their activities of daily living (ADL) themselves, understand communications and not be patients who had been diagnosed with neuropsychiatric disease.

The sample group was selected by convenience sampling and the sample size was calculated by opening the power analysis table for multiple regression analysis of Polit & Beck (2008), setting $\alpha = 0.05$, the power of test ($1 - \beta$) at 0.80 with a medium effect size, which is an appropriate sample group size for nursing research (Polit & Beck, 2004). According to the calculations for the sample group, a group of approximately 86 cases should have been studied. The researcher increased the size of the sample group to 100 cases.

Research Instrumentation

The following instrumentation was employed the data collection for this study:

Part 1 – The Demographic Data Questionnaire is an instrument developed by the researcher and contains information on the gender, age, occupation, educational attainment, marital status, co-habitants, medical treatment costs, income, sources of news and information, history of symptoms of the disease, duration of illness, history of relapse, degree of renal pathology and the date of examination, rate of renal function, blood pressure level and laboratory results for Blood Urea Nitrogen, Creatinine, Urine Protein, Albumin and Creatinine Clearance Level.

Part 2 – Questionnaire on Knowledge About Lupus Nephritis

The researcher created this questionnaire from the literature review about lupus nephritis. The questionnaire contains a total of 20 questions divided into five

questions each on knowledge about the disease, dietary intake and medication adherence and 10 questions on performance of routine activities. The question types contained both correct and incorrect information and multiple choice questions whereby patients were allowed to choose only one answer, e.g. “yes”, or “no”, or “I don’t know”. The questionnaires were scored with a total of 20 points whereby knowledge about the disease was divided into 3 levels (Uraivan Sasang, 2005; Waltz, Strickland, & Lenz, 1991). Hence, 0-11 points indicated a low level of knowledge about the disease; 12-17 points indicated a moderate level of knowledge about the disease and 18-20 points indicated a high level of knowledge about the disease.

Part 3 – The Questionnaire on Perceived Barriers to Action

The researcher developed this questionnaire from the review of related research based on the Health Belief Model of Stretcher and Rosenstock (1997) in combination with studies on perceived barriers to health promoting behavior in rheumatoid arthritis patients by Aurawamon Sriyuktasuth et al. (2005) containing 16 items. The question types were 4-level rating scales from “never been a barrier” (1 point) to “always a barrier” (4 points). The mean scores for this questionnaire ranged between 1 and 4 points. The scores were interpreted in terms of the mean scores whereby a high mean score indicated numerous perceived barriers to action and low mean scores were interpreted as few perceived barriers to action.

Part 4 – The Questionnaire on Social Support

The researcher employed the Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS created by Zimet and colleagues (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) which was translated into Thai by Pitakpon Boonyamalik (Boonyamalik, 2005). The questionnaire assessed perceived social support from families, friends and significant individuals with 12 questions. The answers were rated on 7-level rating scales ranging from “strongly disagree” (1 point) to “strongly agree” (7 points). The scoring for this questionnaire ranged from 1-7 points. The scores were interpreted in total scores whereby a high total score indicated a high level of social support and low total scores indicated a low level of social support.

Part 5 – Relapse Prevention Behavior Questionnaire

The researcher created this questionnaire from the review of related literature on the relapse prevention behavior of LN patients. The questionnaire

contained 22 questions divided into relapse prevention behavior in terms of dietary intake (7 items); medication use (5 items) and performance of routine activities (10 items). The answers were rated on a 4-level rating scale divided into questions with positive interpretations (8 items) with scoring criteria ranging from “practice daily” (4 points) to “never practice” (1 point). As for the questions with negative interpretations, there were 14 items with scoring criteria ranging from “practice daily” (1 point) to “never practice” (4 points). This questionnaire had total mean scores ranging from 1 to 4 points. The scores were interpreted by using mean scores whereby high mean scores indicated high levels of relapse prevention behavior and low mean scores indicated low levels of relapse prevention behavior.

The content validity of the instruments were examined and confirmed by a panel of five experts. The instruments were then tried out with 30 patients with lupus nephritis who had the same characteristics as those of the subjects of the main study at the Renal Clinic, Siriraj Hospital. Cronbach’s alpha correlation coefficient of the perceived barriers to action was equal to 0.714, of the multidimensional social support questionnaire was 0.924, and of the behaviors to prevent relapses was 0.668. Also, Kuder-Richardson (KR 20) was used to determine the reliability of the knowledge of the disease questionnaire, which was equal to 0.624, which was deemed acceptable (Bussara Prakobtham, B.E. 2553).

Protection of the Rights of the Sample Group

This study was submitted to the consideration and approval of the Ethics Review Committee, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.

Data Collection

The researcher collected data in person after having undergone the consideration and certification of the Ethics Review Board, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University Institutional Review Board. The researcher requested a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies to the Siriraj Hospital Administrator, after which the researcher conducted the research by

requesting the cooperation of the staff involved and collecting data from the sample group who were LN patients who sought examinations and treatment by appointment in the Out Patient Department at Siriraj Hospital. The researcher introduced herself to the samples and explained the objectives for conducting the study, the patients' rights to refuse to participate in the study with no requirement to provide their reasons and absolutely no impact on the treatment or services they would receive. Once the samples had volunteered to participate in the study, their rights were protected by having them read a document containing an explanation of the information about conducting the research. The samples then signed informed consent forms. Next, the researcher explained answering the questionnaires to the sample group and the sample group completed the questionnaires themselves. However, the researcher read the questionnaires to subjects who were unable to read or write. While completing the questionnaires, the sample group was allowed to ask any questions they had at any time. The questionnaires were completed in approximately 25-30 minutes and, because the questionnaires contained both correct and information, the questionnaires were returned and the researcher explained which information was correct to the sample group members individually and collected data until a sample group of 100 cases had been obtained.

Data Analysis

The researcher submitted the data collected from the sample group to enumerate and analyze values according to general statistical methods by setting the level of statistical significance at .05 and by the following data analysis steps in order as follows:

1. Descriptive Statistics: Frequency, percentage, mean, standard deviation for analysis of individual data for the sample group and the variables studied.
2. Inferential Statistics: Multiple regression analysis for analysis of the predictive power of knowledge about the disease, perceived barriers to action, social support, perceived symptoms of the disease on the behavior aimed at preventing a relapse of the disease in Lupus Nephritis patients.

Research Findings

Almost all of the subjects, or 96%, were female who ranged in age from 18 to 30 years old. More than one third, or 38%, were single, and a little more than half, or 52%, lived with their parents. As regards occupation, 70% of the subjects were employed and 73% had sufficient income. In addition, in terms of medical reimbursement, close to half of the subjects, or 46%, used the universal health coverage, and 93% of them received information about the disease from physicians and nurses.

When considering the conditions of lupus nephritis of the subjects, it was found that 44% of the subjects had been diagnosed with the disease for one to three years. Most of them, or 81%, had the renal pathology in level 4. With regard to related laboratory results, most of the subjects had normal results including blood pressure levels (85%), blood urea nitrogen (72%), serum creatinine (93%), and serum albumin (78%). Moreover, their creatinine clearance was higher than 60 ml. per minute (80%). However, more than two-thirds of the subjects, or 68%, had abnormal protein levels in their urine, ranging from 1+ to 4+.

Behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis

In the present study, the findings showed that most of the subjects, or 85%, had the scores of behaviors to prevent relapses at a high level, with the mean score of 3.21 out of the total of 4 points. When considering each aspect of behaviors to prevent relapses, the findings indicated that the mean score of the behavior of medication intake was highest, at 3.42 points (SD = 1.22). The behaviors of medication intake that received the highest mean score (3.90 points) were not discontinuing or adjusting the doses of the medication and not taking herbal medicines. On the other hand, the behavior of medication intake that had the lowest mean score (1.94 points) was observing medication side effects by memorizing or writing.

As regards the relationship between knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms and behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis, the study findings revealed that knowledge of the disease and social support were positively associated with behaviors to prevent

relapses with statistical significance ($r = 0.322$ and $r = 0.362$, respectively, $p < .01$). Furthermore, perceived barriers to action was negatively related to behaviors to prevent relapses with statistical significance ($r = -0.288$, $p < .01$). However, perceived symptoms were related to behaviors to prevent relapses with no statistical significance ($r = -0.124$, $p > .05$), as illustrated in Table 1.

Table 1 The Correlation Coefficient (r) between Knowledge of the Disease, Perceived Barriers to Action, Social Support, Perceived Symptoms of the Disease and Relapse Prevention Behaviors in Lupus Nephritis Patients.

Variables	1	2	3	4	5
1. Knowledge of the Disease	-				
2. Perceived Barriers to Action	-.289**	-			
3. Social Support	.304**	-.399**	-		
4. Perceived Symptoms of the Disease	-.023	.174	-.137	-	
5. Relapse Prevention Behaviors	.322**	-.288**	.362**	-.124	-

** $p < .01$

Analysis of influence of the study variables on behaviors to prevent relapses

The analysis of the predictive power of the independent variables to predict the dependent variable was conducted with all independent variables being entered into the analysis. The independent variables of the present study were knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms, and it was found that they could explain the variance in behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis by 19.8% with statistical significance at a level lower than 0.05 ($R^2 = 0.198$, $F = 5.873$, $p < .05$). There were only two variables which could predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis with statistical significance ($p < .05$)—knowledge of the disease and social support. The variable which could best predict behaviors to prevent relapses was social support ($\beta = .241$, $p < .05$). This was followed by knowledge of the disease ($\beta =$

.213, $p < .05$). It was also found that perceived barriers to action and perceived symptoms could predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis with no statistical significance ($p > 0.05$), as shown in Table 2.

Table 2 The Multiple Correlation Coefficient between Independent Variables: Knowledge of the Disease, Perceived barriers to Action, Social Support and Dependent Variables, i.e. Relapse Prevention Behaviors in Lupus Nephritis Patients.

Predictive Variables	B	SEb	Beta	t	p-value
Stability	60.457	5.080	-	11.900	
Knowledge of the Disease	.434	.200	.213	2.165	.033*
Perceived Barriers to Action	-.094	.082	-.119	-1.151	.253
Social Support	.090	.039	.241	2.343	.021*
Perceived Symptoms of the Disease	-.220	.315	-.065	-.698	.487
R = .445, $R^2 = .198$, Adjusted $R^2 = .164$, Overall F = 5.873, Sig. F = .000					

* $p < .05$

Discussion of Findings

Almost all of the study subjects were female, and the largest group, or 38%, ranged in age from 18 to 30 years old. Such findings were consistent with previous studies which reported that most of the patients with lupus nephritis were female in their late adolescence to their middle age. Generally, the ratio of female to male patients with lupus nephritis is approximately 8.5-10 to 1 (Ayodele et al., 2010; Seshan & Jennette, 2009). Furthermore, 70% of the subjects were employed and 12% were still studying may have explained why more than half of the subjects were single and still lived with their parents. Also, 73% of the subjects had sufficient income, and 93% received information about the disease from physicians and nurses.

In addition, 44% of the subjects had been diagnosed with lupus nephritis for one to three years. On the overall, as high as 92% of the subjects had lived with lupus nephritis in the first ten years after diagnosis. Likewise, Molino et al. (2009) found that patients who received continuous treatment would have the survival rate of

72% within the first ten years. Furthermore, 81% of the subjects had the renal pathology in level 4 (WHO Class IV: Diffuse Proliferative). In general, patients with that level of renal pathology need to be consistently examined and treated, at least once every three months (Smith et al., 2000). Previous studies have also reported that renal pathology at level 4 is most commonly detected, and it is always accompanied with poor prognosis of the disease. Therefore, the patients are required to be examined and treated on a regular basis, at least once every three months (Renal Diseases Association of Thailand, B.E. 2542; Molino et al., 2009; Ortega et al., 2009; Williams et al., 2007). However, the results of other related laboratory tests were normal including blood pressure (85%), blood urea nitrogen (72%), serum creatinine (93%), serum albumin (78%), and creatinine clearance (80%). However, more than two-thirds of the subjects, or 68%, had abnormal protein levels in their urine. One possible explanation is that normal results could have been caused by regular examinations and treatments the patients received, and those normal results indicated slight changes, unlike the changes of the protein levels in urine (Ortega et al., 2009).

Behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis

Most of the subjects, 85%, had a high level of behaviors to prevent relapses. This may have been because the subjects were patients who sought treatment at the renal clinic of a tertiary hospital, and almost all of them, or 93%, directly received knowledge of lupus nephritis from physicians and nurses. Therefore, they were interested and intended to practice correct behaviors to prevent relapses of lupus nephritis due to their confidence in the medical staffs who gave them advice. Such findings were consistent with the findings of Sirimas Boonprasarn (B.E. 2544) who studied medical intake behaviors of hypertensive patients at Songklanagarindra Hospital, a renowned university hospital in the south with specialists on duty, and found that patients had medical adherence because they had confidence in the treatment of the physicians. Similarly, Siriraj Hospital where the present study was conducted is one of the most renowned university hospitals in the country, and this could have made patients developed trust and confidence in the medical personnel, so they paid attention to perform correct and appropriate behaviors to prevent relapses.

When considering each aspect of behaviors to prevent relapses, it was found that the subjects had the highest mean score of behaviors of medication intake, particularly not discontinuing the medication or adjusting the medication doses and not taking herbal medicines. On the contrary, the behavior of medication intake that received the lowest mean score was observing side effects of the medication. Thus, it could be seen that most of the subjects still did not understand the significance of observing the side effects of the medicines they were taking. This may have been because some of them had never experienced any side effects of the medication, while others felt that they had only similar side effects, so there was no need to memorize or record them. Such findings yielded support to the findings of Suporn Bussapavanich and Pongsak Dandecha (B.E. 2549) who reported that patients with chronic renal failure did not realize the significance of observing side effects of the medication and they did not dare to discontinue the medication when they developed side effects. In another study which investigated the factors related to relapses of SLE, it was discovered that undesirable effects of the medication and misunderstanding of the indications of the medication were major reasons that made patients lack medication adherence (Athitaya Thaipanich, Jeerapat Wongchinnasri, Thitinan Uae-umnuay, & Apiruedee Hemajutha, B.E. 2551). According to Osterberg and Blaschke (2005), lack of medication adherence can lead to relapses and poor clinical outcomes.

Behaviors of practice of general activities to prevent relapses received the lowest mean scores in this study, particularly observation of abnormal symptoms, having enough rest and sleep, avoiding sunlight, memorizing causes of relapses, and exercising, with mean scores of 2.99, 2.87, 2.75, and 2.37, respectively). According to the interviews with the subjects, they understood well that having enough sleep and rest and exercising were beneficial, but they were unable to do them as suggested due to lack of time, lack of place to exercise, and unfavorable nature of their work. Similarly, Huang et al. (2007) found that patients with SLE in Taiwan had inappropriate exercising behaviors due to time constraints. Some suffered from pain and fatigue, whereas others did not know how to correctly exercise. As a result, it is necessary to promote safe and correct exercise behaviors and distribute knowledge of benefits of exercise on good quality of life. Moreover, as the patients received most of their information from physicians and nurses, who might not have much time to spend

with them, they may not have received all the necessary information that could ensure correct and appropriate behaviors to prevent relapses. A study conducted by Taun (2000) showed that only 60% of patients with SLE had regular examinations but they spent only a short period of time with the physician and they did not seek further information from other sources nor did they attend any programs organized by the healthcare team. Consequently, their behaviors of practicing general activities were affected. In other words, the findings of these studies indicated that patients had trouble practicing behaviors of general activities to prevent relapses because there were a lot of practice details and the activities may not suit their lifestyles.

Research Hypotheses: Knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms have an influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis.

According to the study findings, knowledge of the disease, perceived barriers to action, social support, and perceived symptoms could co-predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis by 19.8% ($R^2 = 0.198$) with statistical significance at the 0.05 level. The variable with the highest predictive power was social support ($\beta = 0.241$, $p < .05$), followed by knowledge of the disease ($\beta = 0.213$, $p < .05$). The findings of the study showed that modifying factor of knowledge of the disease and motivating factor of social support in the health belief model had an influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis, which could be explained as follows:

The findings showed that 53% of the subjects had a moderate level of knowledge of the disease, while 42% had a high level of knowledge. Knowledge of the disease was found to be positively related to behaviors to prevent relapses ($r = 0.322$, $p < 0.01$) and could co-predict behaviors to prevent relapses with statistical significance ($\beta = 0.213$, $p < .05$), which supported the hypothesis previously formulated. Such findings were in congruence with the health belief model which states that individuals' knowledge leads to perceived risks, severity, and threats of the disease (Stretcher & Rosenstock, 1997). In one study, knowledge of the disease is

considered a key to self-care practices in patients with SLE, particularly knowledge about avoiding or protecting self from sunlight, managing stress, eating nutritional food, and having enough sleep and rest (Pisetsky et al., 1997). Previous studies also reported that knowledge was positively related to self-care behaviors and prevention of the disease such as knowledge of the disease and treatment plans and cooperation in medication intake in AIDS patients (Aspeling & Wyk, 2008) and knowledge of cardiovascular disease and cooperation with lifestyle adjustment and medication intake (Alm-Roijer et al., 2006). When considering each aspect of knowledge of the disease, it was found that the subjects had the highest level of knowledge of medication intake (mean = 4.38, SD = 0.76). This may have resulted from the fact that lupus nephritis requires frequent adjustments of medication dosages and the medication often results in obvious side effects (Chan, 2005; Lightstone, 2010). Furthermore, it is also possible that most of the subjects in this study directly received information from the physicians and nurses, and that they had confidence in the physicians' treatments (Sirimas Boonprasarn, B.E. 2544).

In addition, another factor which could co-predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis was social support. In this study, close to three quarters of the subjects, or 73%, had a high level of social support. The findings showed that social support was positively related to behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis with statistical significance ($r = 0.362$, $p < 0.01$) and could co-predict behaviors to prevent relapses with statistical significance ($\beta = 0.241$, $p < 0.05$), which supported the study hypothesis. Likewise, a review of literature has revealed that social support affects individuals' perception and intention to carry out behaviors. It is a major factor that encourages and motivates individuals to carry out appropriate behaviors (Rosenstock, 1974a cited in Shanks, 2008). When individuals receive support and assistance from family members, friends, or other significant persons, they are likely to maintain appropriate behaviors and adjust inappropriate behaviors (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Previous studies which investigated social support have also reported the positive relationship between social support and appropriate behaviors such as medication adherence in hypertensive patients (Li et al., 2007), adherence to antiviral therapy in AIDS patients (Somjit Tulathong, B.E. 2547), and behavioral adjustments of SLE patients (Uraiwan Sasung,

B.E. 2548). In general, patients with lupus nephritis tend to suffer from various symptoms such as fatigue, swelling, joint pain, and rashes (Chan, 2005; Lightstone, 2010). The side effects of the medication can also affect their body image such as hair loss, swollen face, and pimples (Pisetsky et al., 1997). Therefore, they need support in various aspects including daily living activities and psychological support. When considering the sources of social support of the subjects in this study, it was found that they received most support from their family members (Mean = 24.06, SD = 4.64). This was followed by close persons (Mean = 22.70, SD = 4.98). These were in congruence with their demographic characteristics that more than half, or 52%, lived with their parents. In a study investigating factors predicting disease-specific food intake behaviors of patients with cardiovascular disease, it was found that social support was positively related to disease-specific food intake of patients with statistical significance ($r = 0.255$, $p < 0.01$). This could be explained that patients needed support from their family members in terms of spiritual support and attention to perform lifestyle adjustment to suit the disease conditions. As a result, patients who had family members who provided good care were more likely to have appropriate disease-specific food intake behaviors (Achara Boonmeesrisap, Aporn Deenan, & Kanoknuch Chuenlertsakul, B.E. 2552). On the other hand, social support from friends received the lowest mean score (Mean = 20.15, SD = 5.86). One plausible explanation is that the subjects of the present study were in their working age and they had to work to earn their living and build their family. Thus, they might not have had much time to socialize or do activities with friends.

Furthermore, the findings showed that perceived barriers to action was negatively associated with behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis with statistical significance at a low level ($r = -0.288$, $p < 0.01$). However, its predictive power was rather low and did not have any statistical significance ($\beta = -0.119$, $p > 0.05$). It is worth noting that even though the level of relationship was at a low level, it still had an effect on its predictive power (Boonjai Srisathitnarakurn, B.E. 2547). In addition, the overall mean score of perceived barriers to action of the subjects was at a low level, equal to 1.69 out of the total of 4 points. Therefore, the finding did not support the hypothesis previously formulated and was not consistent with the health belief model which states that perceived barriers to action is an

important factor which can determine behavioral changes of individuals (Stretcher & Rosenstock, 1997). However, the findings of this study were congruent with the findings of previous studies on perceived barriers to action and its influence on patients' health behaviors. For example, Sriyuktasuth (2002) found that perceived barriers to action of female patients with SLE was at a low level and could co-predict health behaviors with no statistical significance ($\beta = -0.013$, $p > 0.05$). Orawamon Sriyuktasuth et al. (B.E. 2547) examined the relationship between perceived barriers to action and health-promoting behaviors of patients with rheumatoid arthritis and found that perceived barriers to action could co-predict health-promoting behaviors with no statistical significance ($\beta = -0.119$, $p > 0.05$). One explanation for the subjects' low levels of perceived barriers to action is that close to three quarters of the subjects, or 73%, had sufficient income and there were only 11% of them who had to pay for their own treatments. Thus, there was no barrier caused by medical expenses. However, barriers caused by lack of financial resources were still found to be one among the five most frequently found barriers (Mean score = 1.81). This is because the subjects had to travel to the hospital on the dates of the examination and they chose to use public transportation because it was fast and convenient, but at the same time they needed to be careful about infections. A barrier to action that received the highest mean score was fear of side effects of the practices (Mean score = 1.97). Similarly, Sriyuktasuth (2002) reported that fear of danger resulting from practices of health-promoting behaviors was commonly found among female patients with SLE in addition to barriers caused by physical constraints. In another study, Sumalee Wangthanakorn, Chutima Phatidamrongkul, and Supranee Kamchan (B.E. 2551) studied medication intake behaviors in hypertensive patients and found that some of the subjects lacked medication adherence because they were afraid of dangers and side effects of the medication if they had to take it for a continuous period of time. The barrier that ranked second was fear of causing burdens to others (Mean score = 1.96). A number of patients believed that lupus nephritis was incurable and required continuous treatments, which could easily cause burdens to their family. In contrast, the barrier which received the lowest mean score was lack of support from family members or friends (Mean score = 1.30). Such finding yielded support to the aforementioned discussion of social support as well as the findings of Sriyuktasuth (2002) who found

that only 3.7% of female patients with SLE indicated that they lacked support from family members or friends. This may be because in people in Thai society treat other members as their family and always care for and provide support to others (Urawamon Sriyuktasuth et al., B.E. 2547).

Regarding the variable of perceived symptoms, the findings of the present study revealed that perceived symptoms were associated with behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis with no statistical significance ($r = -0.124$, $p > 0.05$). Thus, this finding did not support the study hypothesis and was not consistent with the health belief model which maintains that symptoms of the sickness make individuals become aware of the significance to develop appropriate behaviors (Stretcher & Rosenstock, 1997). This finding was also contradictory to the findings of previous studies such as a study conducted by Kyngas (2000) which reported that perceived symptoms were associated with appropriate behaviors of patients. This could be explained that if individuals did not experience any symptoms, they would not know that they were sick, so there was no reason to seek treatment or adhere to medication regimens and doctors' advice. On the contrary, if patients suffered from symptoms of the sickness or had been admitted into the hospital, they would be aware of the significance of adherence to the physicians' and nurses' advice as they had learned that their disease was severe and could lead to morbidity or mortality. A review of literature conducted with patients with lupus nephritis or similar diseases did not yield any study findings on the relationship between perceived symptoms and behaviors to prevent relapses. One explanation why this finding did not support the study hypothesis is that approximately two-thirds of the subjects, or 67%, had a low level of perceived symptoms. This may have been because they sought regular treatments and examinations at the renal clinic, which is a specialized clinic, at a tertiary hospital with a team of specialists, so they did not suffer from any symptoms. Moreover, most of the subjects were studying or working, so they may have assumed that the fatigue or pain they were experiencing resulted from studying or working too hard. It is also possible that some of the subjects may have thought that they were suffering from menopausal symptoms instead (Mendelson, 2009). Besides this, some of the subjects stated that they had experienced some symptoms and had an intention to adjust their behaviors, but they had work and time constraints that prevented them

from doing what they had intended to do. It could be said that the subjects with lupus nephritis were different from patients with other chronic diseases who were mostly in their old age and had already retired from work, so they did not have time constraints to develop appropriate behaviors. It is noteworthy that even though this study finding did not support the study hypothesis, it still shed light on the symptoms the patients with lupus nephritis were frequently experiencing including fatigue (63%), joint pain (41%), and swelling (33%), respectively. Likewise, Huang et al. (2007) found that the symptoms that were commonly found in patients with SLE and that could predict the physical aspect of quality of life were fatigue and pain. Also, Mendelson (2009) also reported that most of the female patients with SLE suffered from chronic fatigue, fever, and muscle pain. Such information could benefit the development of a practice guideline to increase quality of care provided to these patients.

Based on the study findings, it could be concluded that the health belief model can only partly explain behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis. The variable with the highest influence is social support, followed by knowledge of the disease. Therefore, nurses and related healthcare team members should realize the significance of promotion of social support among family members, friends, and close persons who can offer various aspects of assistance to patients to enable them more appropriately develop behaviors to prevent relapses. In addition, nurses and healthcare personnel should disseminate knowledge of the disease that is applicable and practical, and patients should be encouraged to seek for other easily accessible sources of information such as television, the Internet, etc. so as to increase their knowledge and understanding of their own conditions and to ensure correct practices to prevent relapses of the disease. Finally, nurses and other healthcare staffs should further study other variables in the health belief model such as perceived severity of the disease, perceived threats of the disease, and perceived benefits of action which may have influence on behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis to increase the quality of care provided to these patients and to extend an existing body of knowledge on care of patients with lupus nephritis.

Recommendations

For nursing practices

1. Close persons who are trusted by the patients, especially family members, should be encouraged to support the patients in various aspects to ensure appropriate behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis.
2. Knowledge of the disease in various aspects should be disseminated among the patients with lupus nephritis to equip them with understanding and enable them to develop more appropriate and correct behaviors to prevent relapses.

For nursing research

1. Research should be conducted with patients with lupus nephritis who live in different contexts from those included in this study such as patients who are hospitalized or patients who seek treatment at other outpatient clinics so as to generate the findings that can be applied across contexts.
2. Further research should make use of in-depth interviews with patients who have been living with lupus nephritis for more than 20 years who may have behaviors to prevent relapses other than those investigated in the present study to increase a body of knowledge that could be used to effectively prevent relapses in patients with lupus nephritis.
3. Other variables in the health belief model should be examined in further studies such as perceived severity of the disease, perceived threat of the disease, and perceived benefits of action because the variables included in the present study could predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis by 19.8% only. The aforementioned variables may also have influence on and be able to better predict behaviors to prevent relapses in patients with lupus nephritis.
4. There are a few studies that have been conducted with patients with lupus nephritis. As a result, the researcher had to mostly use the researcher-developed instruments in this study. Research should be carried out to further develop these instruments to increase their appropriateness, validity, and reliability as well.

Research Limitations

This study was limited to lupus nephritis patients who sought services, examinations and treatment by appointment at the Out-Patient Department, Renal Disease Clinic, Siriraj Hospital and the sample group was selected by convenience sampling without randomization. Therefore, the findings of this study may not be able to be explained or implemented in other groups of lupus nephritis patients with environments varying from this study.

รายการอ้างอิง

- คณาจารย์ สาขาวิชาทักษะวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2548). ใน ป่วน สุทธิพินิจธรรม, ลีนา งามอายุท, สายฝน ชวาลไพบูลย์, สุรพล อิศรไกรศีล, อัจฉรา กุลวิสุทธิ, อนิรุช ภัทรากาญจน์, และคณะ (บรรณาธิการ), *ความรู้สำหรับประชาชนโรคเอส แอล อี* (หน้า 32-35). กรุงเทพฯ: บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีพงษ์ ปาจริย. (2546). Lupus Nephritis. ใน สุขชาย ศรีทิพย์วรรณ, วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, และชนันดา ตระการนิข (บรรณาธิการ), *Nephrology Review 2003* (หน้า 153-165). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พิมพ์ดี.
- บังอร ปิประทุม. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษรา ประกอบธรรม. (2553). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ปริญญช แยมวงษ์. (2551). ใน ลีนา งามอายุท, ป่วน สุทธิพินิจธรรม, สายฝน ชวาลไพบูลย์, อัจฉรา กุลวิสุทธิ, อนิรุช ภัทรากาญจน์, ชีระ ฤชตระกูล, และคณะ (บรรณาธิการ), *เรื่อนำรู้สำหรับเอส แอล อี* (หน้า 29-32). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ Nextstep D-sign.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร ต่อการทํานายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑิลา จำภา. (2550). *ปัจจัยทํานายพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาลินี ถิ่นกาญจน์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการรับยาต้านไวรัส จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, ณัฐฐิยา พิมพ์โนทัย, และ สมชาย อรรถศิลป์. (2547). ความรู้ใหม่เกี่ยวกับภาวะไตอักเสบจากโรคไต. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 48(6), 387-403.
- รัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2547). Lupus nephritis. ใน ลีนา งามอายุทอง, สุชาข ศรีทิพย์วรรณ, และ รัตนา ชวนะสุนทรพจน์, *Practical nephrology* (หน้า 73-80). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- ลีนา งามอายุทอง. (2548). โรคไตในเอดส์ แอล อี. ใน ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, ลีนา งามอายุทอง, สายฝน ขวาลไพบูลย์, สุรพล อิศรไกรศิลป์, อัจฉรา กุลวิสุทธิ, อนิรุช ภัทรากาญจน์, และคณะ (บรรณาธิการ), *ความรู้สำหรับประชาชนโรคเอดส์ แอล อี* (หน้า 32-35). กรุงเทพฯ: บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด.
- วนิดา ตันเจริญรัตน์. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ นารินรักษ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2547). Update on Management of Lupus Nephritis. ใน วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ทวีพงษ์ ปาจริย, และ อินทรีย์ กาญจนกุล (บรรณาธิการ), *Glomerular disease 2004* (หน้า 159-180). กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- ศศิธร ดวงมณี. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรืองโรจน์. (2549). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 35 - 60 ปี อำเภอรอดุพนม จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ศิริพร ประมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมาส บุญประสาร. (2544). การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุกรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมจิตร ตูลาทอง. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกุณฑลา รอดไม้. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2542). แนวทางการรักษา Lupus Nephritis. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 5 (3), 281-286.
- สุกร บุษปวนิช และพงษ์ศักดิ์ คำนเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24(4), 281-287.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับ การปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี วัจนกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- อรนุช อัญมณกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงสนับสนุนทางสังคม กับอัตราการใช้ยาในผู้ป่วยเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อรวมน ศรียุคศุทฺธ, วันดี ไตสุทฺธิ, พิสมย์ ไม้ทอง และอังฉรา กุลวิสุทฺธิ. (2548). การนำ แบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 23(3), 43-54.
- อนิรุท ภัทรากาญจน์. (2551). ใน ลีนา งามอาชุกุท, ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, สายฝน ชวาลไพบูลย์, อังฉรา กุลวิสุทฺธิ, อนิรุท ภัทรากาญจน์, ชีระ ฤชตระกูล, และคณะ (บรรณาธิการ), *เรื่อง นวัตกรรมสำหรับเอส แอล อี* (หน้า 33-39). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ Nextstep D-sign.
- อรุณี ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของ ประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อาภรณ์ ดีนาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3), 41-53.
- อาทิตย์ ไทพาณิชย์, จิรภัทร วงศ์ชินศรี, ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย และอภิฤดี เหมะจุทา. (2008). ปัจจัยที่ สัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิกลูโปสอิริทีมาโตซัส. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 3(2), 237-244.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไรวรรณ สาสังข์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Ali, N. S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: A test of the health belief model. *Women & Health, 35* (11), 83-96.
- Alm-Roijer, C., Fridlund, B., Stagmo, M., & Erhardt, L. (2006). Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. *Journal of Cardiovascular Nursing, 21* (5), 24-31.
- Andajani-Sutjahjio, S., Ball, K., Warren, N., English, V., & Crawford, D. (2004). Perceived personal, social, and environmental barriers to weight maintenance among young women: A community survey. *The International Journal of Behavior Nutritional and Physical Activity, 1*(1), 15-31.
- Aspeling, H. E., & Wyk, N. C. (2008). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy for the treatment of HIV-infected women attending on urban care facility. *International Journal of Nursing Practice, 14*(1), 3-10.
- Atkinson, N. L., & Permuth-Levine, R. (2009). Benefits, barriers, and cues to action of Yoga practice: A focus group approach. *American Journal of Health Behavior, 33* (1), 3-14.
- Austin III, H. A., Boumpas, D. T., Vaughan, E. M., & Balow, G. E. (1995). High-risk features of lupus nephritis: Importance of race and clinical and histological factors in 166 patients. *Nephrology Dialysis Transplantation, 10*(9), 1620-1628.
- Ayodele, O. E., Okpechi, I. G., & Swanepoel, C. R. (2010). Predictors of poor renal outcome in patient with biopsy-proven lupus nephritis. *Nephrology, 15* (4), 482-490.
- Balow, J. E., & Austin III, H. A. (2000). Progress in the treatment of proliferative lupus nephritis. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 9*(2), 107-115.
- Baranowski, T., Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, d., & Baranowski, J. (2003). Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity Research, 11* (10), 23-42.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Medical care, 13*(1), 10-24.
- Becker, H., Stuijbergen, A. K., & Sands, D. (1991). Development of a scale to measure barriers to health promotion activities among persons with disabilities. *American Journal of Health Promoting, 5*(6), 449-454.
- Berden, J. M. (1997). Lupus nephritis. *Kidney International, 52*(2), 538-558.

- Bjornadal, L., Yin, L., Granath, F., Klareskog, L., & Ekborm, A. (2004). Cardiovascular disease a hazard despite improved prognosis in patients with systemic lupus erythematosus: Results from a Swedish population based study 1964-95. *Journal of Rheumatology*, 31(4), 713-719.
- Brown, S. (2005). Managing Systemic Lupus Erythematosus. *Nurse2Nurse*, 4 (11), 28-30.
- Burns & Grove. (1999). *The nursing research: Conduct, critique, & utilization* (3rd ed). Philadelphia: Saunders.
- Cameron, J. S. (1999). Lupus nephritis. *Journal of American Society Nephrology*, 10(2), 413-24.
- Cameron, J. S. (2001). Systemic lupus erythematosus, in Nielson EG, Couser WG (Eds): Immunologic Renal Disease (pp. 1057-1104). Philadelphia, PA, Lippincott Raven.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Program operations guidelines for STD prevention: Community and individual behavior change interventions*. Retrieved September 29, 2004, from <http://www.cdc.gov/std/program/community/9-PG-community.htm>.
- Champion, V., & Menon, U. (1997). Predicting mammography and breast self-examination in African American women. *Cancer Nursing*, 20(5), 315-322.
- Chan, T. M. (2005). Histological reclassification of lupus nephritis. *Current Opinion in nephrology and hypertension*, 14(6), 561-566.
- Chang, L. C., Hung, L. L., & Ling, L. M. (2007). Applying the Health Belief Model to analyze intention to participate in preventive pulmonary tuberculosis chest X-ray examinations among indigenous nursing students. *Journal of Nursing Research*, 15 (1), 78-86.
- Chang, S. F. (2005). Knowledge, health belief and health-related behaviors of first-degree relatives of women suffering from osteoporosis in Taiwan: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1280-1286.
- Chen, J. K., Fox, S. A., Cantrell, C. H., Stockdale, S. E., & Kagawa-Singer, M. (2007). Health disparities and prevention: Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32 (1), 5-20.
- Daddario, D. K. (2007). A review of the use of the Health Belief Model for weight management. *Medsurge Nursing*, 16 (6), 363-366.

- D'Amico, G., Ferrario, F., & Rastaldi, M. P. (1995). Tubulointerstitial damage in glomerular disease: Its role in the progression of renal damage. *American Journal of Kidney Diseases*, 26 (1), 124-32.
- Davidson, A., & Aranow, C. (2010). Lupus nephritis: Lessons from murine models. *Nature Reviews Rheumatology*, 6 (1), 13-20.
- Deshpande, S., Basil, M. D., & Basil, D. Z. (2009). Factors influencing health eating habits among college student: An application of the Health Belief Model. *Health Marketing Quarterly*, 26(2), 145-164.
- De Vriese, A. S., Verbeke, F., Schrijvers, B. F., & Lameire, N. H. (2002). Is folate a promising agent in the prevention and treatment of cardiovascular disease in patients with renal failure? *Kidney International*, 61(4), 1199-1209.
- Doheny, M. O., Sedlak, C. A., Estok, P. J., & Zeller, R. (2007). Osteoporosis knowledge, health beliefs, and DXA T-Scores in men and women 50 years of age and older. *Orthopaedic Nursing*, 26 (4), 243-250.
- Eddy, A. A. (2004). Proteinuria and interstitial injury. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19 (2), 277-281.
- Fish, J., & Wilkinson, S. (2003). Understanding lesbians' healthcare behaviour: The case of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, 56(2), 235-245.
- Gibson, N., Gave, A., Doering, D., Ortiz, L., & Harms, O. (2005). Socio-cultural factors influencing prevention and treatment of tuberculosis in immigrant and aboriginal communities in Canada. *Social Science & Medicine*, 61(5), 931-942.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory: Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Graham, M. E. (2002). Health beliefs and self breast examination in black women. *Journal of Cultural Diversity*, 9 (2), 49-54.
- Ham, K. O. (2005). The intention of future mammography screening among Korean women. *Journal of Community Health Nursing*, 22 (1), 1-13.
- Harrison, T., & Stuifbergen, A. (2001). Barriers that further disablement: A study of survivors of polio. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), 160-166.

- Hoa, N. P., Thorson, A. K., Long, N. H., & Diwan, V. K. (2003). Knowledge of tuberculosis and associated health-seeking behavior among rural Vietnamese adults with a cough for at least three weeks. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (Suppl. 62), 59-65.
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-psychological Study* (Public Health Service Publication No. 572). Washington, DC: Government Printing Office.
- Horn, E. V. (2005). An exploration recurrent injury prevention in patients with trauma. *Orthopaedic Nursing*, 24(4), 249-258.
- Huang, H., Chou, C., Lin, K., & Chao, Y. C. (2007). The relationships between disability level, health promoting lifestyle, and quality of life in outpatients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Nursing Research*, 15 (1), 21-31.
- Illei, G. G., Takada, K., Parkin, D., & et al. (2002). Renal flares are common in patients with severe proliferative lupus nephritis treated with pulse immunosuppressive therapy: Long-term followup of a cohort of 145 patients participating in randomized controlled studies. *Arthritis Rheumatology*, 46(4), 995-1002.
- Jadoul, M. (2006). Optimal care of lupus nephritis patients. *Lupus Journal*, 14(1), 72-76.
- Jain, A. K., Bloomfield, V., & Clark, W. F. (2009). Flaxseed in the treatment of lupus nephritis: A review of the animal and human literature. *Flaxed and Lupus*, 7(1), 37-40.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quality*, 11 (1), 1-47.
- Kinchen, K. S., Sadler, J., & Fink, N. (2002). The timing of specialist evaluation in chronic kidney disease and mortality. *Annals of Internal Medicine*, 137(6), 479-486.
- Korbet, S. M., Lewis, E. J., Schwartz, M. M., Reichlin, M., Evans, J., & Rohde, R. D. (2000). Factors predictive of outcome in severe lupus nephritis, Lupus Nephritis Collaborative Study Group. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(5), 904-14.
- Kriz, W., & LeHir, M. (2005). Pathways to nephron loss starting from glomerular diseases- insights from animal models. *Kidney International*, 67 (2), 404-19.
- Kyngas, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 549-556.

- Lamanna, L. M. (2004). College students' knowledge and attitudes about cancer and perceived risks of developing skin cancer. *Dermatology Nursing, 16* (2), 161-176.
- Lewis, J. E., & Malow, R. M. (1997). HIV/AIDS risks in heterosexual college students. *Journal of American College Health, 45* (4), 147-155.
- Li, W. W., Stewart, A. L., Stotts, N. A., & Froelicher, E. S. (2005). Cultural factors and medication compliance in Chinese immigrants who are taking antihypertensive medications: Instrument development. *Journal of Nursing Measurement, 13*(3), 231-252.
- Li, W. W., Wallhagen, M. I., & Froelicher, E. S. (2007). Hypertension control, predictors for medication adherence and gender differences in older Chinese immigrants. *Journal of Advanced Nursing, 61*(3), 326-335.
- Lightstone, L. (2010). Lupus nephritis: Where are we now? *Current opinion in Rheumatology, 22*(3), 252-256.
- Locatelli, F., & Del Vecchio, L. (1999). How long can dialysis be postponed by low protein diet and ACE inhibitors? *Nephrology Dialysis Transplantation, 14*(6), 1360-1364.
- Mason, L. J., Ravirajan, C. T., & Rahman, A. E. (2004). Is alpha-actinin a target for pathogenic anti-DNA antibodies in lupus nephritis? *Arthritis Rheumatology, 50*(3), 866-870.
- McCormick-Brown, K. (1999). Health Belief Model. Retrieved September 27, 2005, from http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm.
- Mendelson, C. (2009). Diagnosis: A liminal state for women living with lupus. *Health Care for Women International, 30*(5), 390-407.
- Mittal, B., Renneke, H., & Singh, A. K. (2005). The role of kidney biopsy in the management of lupus nephritis. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 14*(1), 1-8.
- Molino, C., Fabbian, F., & Longhini, C. (2009). Clinical approach to lupus nephritis: Recent advances. *European Journal of Internal Medicine, 20*(5), 447-453.
- Moroni, G., Quaglini, S., Gallelli, B., Banfi, G., Messa, P., & Ponticelli, C. (2007). The long-term outcome of 93 patients with proliferative lupus nephritis. *Nephrology Dialysis Transplantation, 22*(9), 2531-2539.
- Moroni, G., Quaglini, S., & Maccario, M. (1996). "Nephritis flares" are predictors of bad long-term renal outcome in lupus nephritis. *Kidney International, 50*(6), 2047-53.
- Nahcivan, N. O., & Secginli, S. (2007). Health Beliefs Related to Breast Self-Examination in a Sample of Turkish Women. *Oncology Nursing Forum, 34*(2), 425-432.

- Nothwehr, F. (2004). Attitudes and behaviors related to weight control in two diverse populations. *Preventive Medicine, 39*(4), 674-680.
- O'Carrol, R.E., Smith, K.B., Grubb, N.R., Fox, K.A.A., & Masterton, G. (2001). Psychological factors associated with delay in attending hospital following a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(4), 611-614.
- Ohlenschlager, T., Garred, P., Madsen, H. O., & Jacobsen, S. (2004). Mannose-binding lectin variant alleles and the risk of arterial thrombosis in systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine, 351*(3), 260-267.
- Ortega, L. M., Schultz, D. R., Lenz, O., Pardo, V., & Contreras, G. N. (2009). Lupus nephritis: Pathologic features, epidemiology and a guide to therapeutic decisions. *Lupus, 0*, 1-18.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *Nursing English Journal Medication, 353*(5), 487-497.
- Petro-Nustus, W., & Mikhail, B. I. (2002). Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing, 19*(4), 263-271.
- Pisetsky, D. S., Gilkeson, G., & St. Clair, E. W. (1997). Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and treatment. *Medical Clinics of North American, 81* (1), 113-128.
- Pollak, V. E., & Pirani, C. L. (1997). Lupus nephritis: Pathology, pathogenesis, clinicopathologic correlation and prognosis (pp. , 525-541). In D.J. Wallace & B.H. Hahn (Eds.). *Dubois' lupus eythematosus*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.): Philadelphia. Lippincott Williams & Willkins.
- Ponticelli, C., & Moroni, G. (1998). Flares in lupus nephritis: Incidence, impact on renal survival and management. *Lupus, 7*(9), 635-8.
- Pullen, R. L. (2007). Managing cutaneous vasculitis in a patient with lupus erythematosus. *Dermatology Nursing, 19* (1), 21-26.
- Remuzzi, G., & Bertani, T. (1998). Pathophysiology of progressive nephropathies. *New England Journal of Medicine, 339*(20), 1448-1456.
- Rimal, R. N. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Tests of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology, 6* (1), 31-46.

- Schofield, I., Kerr, S., & Tolson, D. (2007). An exploration of the smoking-related health beliefs of older people with obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1726-1735.
- Schroetter, S. A., & Peck, S. D. (2008). Women's risk of heart disease: Promoting awareness and prevention-A primary care approach. *Medsurg Nursing, 12* (2), 107-113.
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2), 161-171.
- Seligman, V. A., Lum, R. F., & Olson, J. L. (2002). Demographic differences in the development of lupus nephritis: A retrospective analysis. *American Journal Medicine, 112*(9), 726-729.
- Seshan, S. V., & Jennette, J. C. (2009). Renal disease in systemic lupus erythematosus with emphasis on classification of lupus glomerulonephritis. *Archives of Pathology Laboratory Medicine, 133*(2), 233-248.
- Shanks, L. C. (2008). Usefulness of the Health Belief Model in predicting cardiac rehabilitation initiation. *The Journal of Theory Construction & Testing, 13* (1), 33-36.
- Shayakul, C., Ong-aj-yooth, L., Chirawong, P., Nimmanit, S., Parichatikanond, P., Laohapand, T., et al. (1995). Lupus nephritis in Thailand: Clinicopathology findings and outcome in 569 patients. *American Journal of Kidney Diseases, 26* (2), 300-307.
- Sidiropoulos, P. I., Kritikos, H. D., & Boumpas, D. T. (2005). Lupus nephritis flares. *Lupus Journal, 14*(1), 49-52.
- Sims, G. N., & Smith, H. R. (1996). Outpatient management of systemic lupus erythematosus. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 63* (2), 94-100.
- Singh, A. K., & Salama, A. D. (2009). Lupus Nephritis: The ghosts of treatments past, present, and future. *Nephrology times, 2*, 1-6.
- Sinthanayothin, P. (2000). *The study of health perception and health-promoting behaviors in midlife working women in Bangkok*. Unpublished master's thesis, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Smith, C. R. (2004). Lipid-lowering therapy - new and established agents reduce risk of cardiovascular events. *Postgraduate Medicine, 115*(3), 29-36.

- Smith, D. M., Fortune-Faulkner, E. M., & Spurbeck, B. L. (2000). Lupus nephritis: Pathophysiology, diagnosis, and collaborative management. *Nephrology Nursing Journal*, 27(2), 199-211.
- Sriyuktasuth, A. (2002). Utility of Pender's model in describing health-promoting behaviors in Thai women with systemic lupus erythematosus. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Alabama at Birmingham.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 41-59.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Research in Nursing and Health*, 17(1), 3-13.
- Stuifbergen, A. K., & Rogers, S. (1997). Health-promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions [Electronic version]. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 1-20.
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008a). Predictors of intention to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An application of an extended Health Belief Model. *Rehabilitation Psychology*, 53 (4), 505-12.
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., & Scott, C. (2009). Predicting behaviour to reduce stroke risk in at-risk population: The role of beliefs. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(9), 488-496.
- Thumboo, J., Fong, K. Y., Chan, S. P., Leong, K. H., Feng, P. H., Thio, S. T., et al. (2000). A prospective study of factors affecting quality of life in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 27(6), 1414-1420.
- Tryggvason, K., & Pettersson, E. (2003). Causes and consequences of proteinuria: The kidney filtration barrier and progressive renal failure. *Journal of Internal Medicine*, 254(3), 216-24.
- Tuan, N. (2000). *Relationships of SLE meaning, self-peception, and therapeutic compliance in SLE patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Tumlin, J. A. (2008). Lupus nephritis: Histology, diagnosis, and treatment. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Disease*, 66 (3), 188-194.

- Umeh, K., & Rogan, G. J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*, 6 (Part 4), 361-372.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (1991). *Measurement in nursing research*. Philadelphia: Davis.
- Ward, M. M., & Studenski, S. (1992). Clinical prognostic factors in lupus nephritis, The importance of hypertension and smoking. *Archives International Medicine*, 152(10), 2082-2088.
- Weening, J., D'Agati, V., Schwartz, M., Seshan, S., Appel, G., JE, B., et al. (2004). The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revised. *Kidney International*, 65 (2), 1-30.
- Welch, J. L., Bennett, S. J., Delp, R. L., & Agarwal, R. (2006). Benefits of and barriers to dietary sodium adherence. *Western Journal of Nursing Research*, 28(2), 162-180.
- Williams, W., Sargeant, L. A., Smikle, M., Smith, R., Edwards, H., & Shah, D. (2007). The outcome of lupus nephritis in Jamaican patients. *American Journal Medicine Science*, 334 (6), 426-430.
- Wilmer, W. A., Rovin, B. H., & Hebert, C. J. (2003). Management of glomerular proteinuria: A coronary. *Journal of the American Socceity of Nephrology*, 14(12), 3217-3232.
- Wilson, F. L., Dobal, M. T., Nordstrom, C. K., Schram, C. A., DeGroot, C., & Smith, D. (2008). Literacy, knowledge, self-efficacy, and health beliefs about exercise and obesity in urban low-income African American women. *Exercise and Obesity*, 7-13.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* , 52, 30-41.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทวี ชาญชัยจรูรา
อายุรแพทย์โรคไต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. อาจารย์ นาดยา แสงวิชัยภัทร
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาว สร้อยสะอาด สร้างสมวงษ์
พยาบาลระดับปฏิบัติการ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ตึกผอบ 3 โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสาว อภัสรา อรัญวัฒน์
พยาบาลระดับปฏิบัติการ (APN โรคไต) ตึกกัลยาณีวัฒนา 3 โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม และเติมคำลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริงของตัวเอง

สำหรับผู้ป่วย

1. เพศ ☐ [1] ชาย ☐ [2] หญิง

2. อายุ ปี

3. อาชีพ

☐ [1] นักเรียน/นักศึกษา

☐ [2] ทำงานบ้าน

☐ [3] รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ [4] ค้าขาย

☐ [5] เกษตรกรรม

☐ [6] พนักงานบริษัท

☐ [7] รับจ้าง

☐ [8] อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

☐ [1] ไม่ได้เรียน

☐ [2] ประถมศึกษา

☐ [3] มัธยมศึกษา

☐ [4] ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

☐ [5] ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ [6] สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานภาพสมรส

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ [1] โสด | ☐ [2] คู่ |
| ☐ [3] หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | ☐ [4] หม้าย |

6. บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ [1] บิดา/มารดา | ☐ [2]สามี/ภรรยา |
| ☐ [3] พี่น้อง | ☐ [4] บุตร/หลาน |
| ☐ [5] คนเดียว | ☐ [6] อื่น ๆ (ระบุ)..... |

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

8. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ [1] เบิกจากต้นสังกัด | ☐ [2] เบิกประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ☐ [3] เบิกประกันสังคม | ☐ [4] เบิกประกันชีวิต |
| ☐ [5] จ่ายค่ารักษาเอง | ☐ [6] อื่น ๆ (ระบุ) |

9. รายได้ท่านเพียงพอหรือไม่

- | | |
|--|---|
| ☐ [1] เพียงพอมีเหลือเก็บ | ☐ [2] เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ |
| ☐ [3] ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน | ☐ [4] ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน |

10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไตอักเสบดูปัส จากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ [1] แพทย์/พยาบาล | ☐ [2] หนังสือพิมพ์/วารสาร |
| ☐ [3] โทรทัศน์/วิทยุ | ☐ [4] อินเทอร์เน็ต |
| ☐ [5] สมาชิกในครอบครัว/คนใกล้ชิด | ☐ [6] อื่น (ระบุ) |

11. ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา

	มี	ไม่มี	สำหรับผู้วิจัย
[1] ไข้	☐	☐	☐
[2] ปวดข้อหลายๆ ข้อ	☐	☐	☐
[3] แพ้แดดแล้วมีผื่นขึ้นที่ใบหน้า	☐	☐	☐
[4] ผื่นแดงตามแขนขา	☐	☐	☐
[5] อ่อนเพลีย	☐	☐	☐
[6] บวม	☐	☐	☐
[7] อาการอื่นๆ (โปรดระบุ)			

สำหรับเจ้าหน้าที่

12. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ปี
13. ประวัติการกำเริบของโรค ครั้งต่อปี
14. ระดับพยาธิสภาพที่ไต (classifications) จากการตรวจเนื้อไตเมื่อวันที่.....
15. อัตราการกรองของไต (GFR) มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
16. ความดันโลหิต..... mmHg
17. Blood Chemistry: BUN.....mg/dl Cr..... mg/dl
18. Urine () Spot () 24 hrs. () U/A: Protein..... Alb.....
19. Creatinine Clearance mL/min.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตอักเสบเรื้อรัง

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้และความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น **ถูกต้อง** ตามความรู้และความเข้าใจของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น **ไม่ถูกต้อง** ตามความรู้และความเข้าใจของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ท่าน **ไม่ทราบ**ว่าข้อความในประโยคนั้น ถูกต้องหรือไม่

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ควรปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทาน ตามระดับความรุนแรงของโรค				
2	ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ที่มีอาการบวม ควรดื่มน้ำที่มีรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว ปลาร้า ปลาเค็ม ของหมักดองรวมทั้งผงชูรส				
3	ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง สามารถรับประทานอาหารที่ทำจากกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน กุ้ง ปลาหมึก ได้ โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณ				
4	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ เหล้าโรง ยา ดอง อาจทำให้โรคไตอักเสบเรื้อรัง เกิดอาการกำเริบได้				
5	ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง สามารถดื่มน้ำได้เท่าที่ต้องการ แม้มีอาการบวม หอบเหนื่อยหรือปัสสาวะออกลดลง				
.					
.					
.					
.					
.					
20	ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ถึงแม้จะมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังมีความจำเป็นต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคไตอักเสบของผู้ป่วยท่านเพียงใด โปรดพิจารณาแล้ว วงกลมล้อมรอบตัวเลขเพียงหนึ่งตัวเลข ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- 1 = ไม่เป็นอุปสรรค 2 = เป็นอุปสรรคบางครั้ง
3 = เป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง 4 = เป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ

ข้อความ	ไม่เป็น	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก	1	2	3	4
2. รู้สึกว่าการปฏิบัติไม่มีประโยชน์	1	2	3	4
3. ไม่มีเงิน	1	2	3	4
4. สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย	1	2	3	4
5. รู้สึกเบื่อกับการปฏิบัติ	1	2	3	4
.				
.				
.				
.				
.				
16. ขาดความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์	1	2	3	4

อุปสรรคอื่นๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด เสร็จแล้วระบุว่าคุณรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงข้างล่างนี้ โดยในการตอบคำถาม ให้วงกลมรอบหมายเลขที่ตรงกับความเห็นของคุณมากที่สุด

- ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 1 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยที่สุด
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 2 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 3 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 4 หากคุณรู้สึก มีความเห็นเป็นกลาง
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 5 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยเล็กน้อย
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 6 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยอย่างมาก
 ทำเครื่องหมายวงกลมเลข 7 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยที่สุด

1. ฉันมีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
2. ฉันมีคนที่ ฉันสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้	1	2	3	4	5	6	7
3. ครอบครัวของฉันพยายามอย่างจริงจังที่จะช่วยฉัน	1	2	3	4	5	6	7
4. ฉันได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและกำลังใจที่ฉันต้องการจากครอบครัวของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
5. ฉันมีคนที่จะช่วยปลอบใจฉัน	1	2	3	4	5	6	7
.							
.							
.							
.							
.							
12. ฉันสามารถพูดคุยปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับ การกระทำหรือการปฏิบัติของ ท่านในการป้องกันการกำเริบของโรคไตอักเสบเรื้อรัง ให้ท่านพิจารณาว่า ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติ ตรงกับข้อคำถามแต่ละข้อ มากน้อยเพียงใดตามความเป็นจริง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่าน วงกลมรอบหมายเลข ที่ตรงกับการกระทำหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก ดังนี้

- 1 = ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำหรือปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เลย
 2 = บางครั้ง หมายถึง ท่านกระทำหรือปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เป็นส่วนน้อย สัปดาห์ละ 1-3 วัน
 3 = บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านกระทำหรือปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 4-6 วัน
 4 = ทุกวัน หมายถึง ท่านกระทำหรือปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ทุกวัน	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาต้ม แหนม หมูยอ ไส้กรอก กุนเชียง กะปิ เต้าเจี้ยว	1	2	3	4	
2. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาด/ผักเสี้ยน/กระเทียมดอง ผลไม้ ดองหรือแช่อิ่ม	1	2	3	4	
3. ท่านรับประทานอาหารที่ใส่เครื่องปรุง รส เช่น ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส บะหมี่ สำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบต่างๆ	1	2	3	4	
.					
.					
.					
22. ท่านทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก	1	2	3	4	

ภาคผนวก ค

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
หมายเลข <u>SI 508/2010</u>		
ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคอ้วน		
รหัสโครงการ : 502/2553(EC4)		
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : เวชเอดส์ศิริราช ๑/๖๐๐ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล		
สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารรับรอง :		
1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. โครงร่างการวิจัย 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 5. แบบสอบถาม 6. ประวัติผู้วิจัย		
วันที่รับรอง : 29 กันยายน 2553		
วันหมดอายุ : 28 กันยายน 2554		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).		
ลงนาม (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศสุรธรรมณัฏฐ์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	30 กันยายน 2553 วันที่	
ลงนาม (ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	4 ตุลาคม 2553 วันที่	
Page 1 of 2		
หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.บ 51 / Mat. 10023253		

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1889
Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

COA no. SI 508/2010

Protocol Title : FACTORS INFLUENCING RELAPSING PROTECTIVE BEHAVIORS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS

Protocol number : 502/2553(EC4)

Principal Investigator/Affiliation : Faculty of Nursing, Mahidol University
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

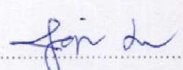
Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : September 29, 2010

Expired date : September 28, 2011

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).



(Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.)
Chairperson

September 30, 2010
date



(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

October 4, 2010
date

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023252

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย เรือเอกหญิง พรจิตต์ อุไรรัตน์
สถานที่วิจัย คลินิกโรคไต ดิסקผู้ป่วยนอก (โอพีดี) ชั้น 2
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถ.สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวง
บุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 เบอร์โทรศัพท์ (083) 131-7711, (02) 475-2545
E-mail: pollanavy@yahoo.com

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ศ. พญ. ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ
ระยะเวลาในการวิจัย ประมาณ 1 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อาการของโรค คอพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการให้คำแนะนำ ดูแลรักษา ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง มีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง และท่านทราบว่าตัวท่านเองเป็นโรคนี้ด้วย นอกจากนั้นท่านยังเป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ซึ่งผู้วิจัยต้องการนำข้อมูลที่ได้จากท่าน ไปพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้คำแนะนำ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนดูแลผู้ป่วย ให้มี



ประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการกำเริบของโรคได้อีกเสบลูปีส ผู้วิจัยจึงเชิญชวนท่านเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการก็ได้ หรือเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วจะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ และจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของท่าน แต่อย่างใดในโรงพยาบาลนี้ โดยในการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 100 คน ระยะเวลาในการทำวิจัยประมาณ 4 เดือน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและได้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ท่านจะได้รับแบบสอบถาม 5 ฉบับ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

ฉบับที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยท่านตอบในข้อมูลส่วนแรกสำหรับผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 1-11) ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจำนวน 8 ข้อ (ข้อ 12-19) ผู้วิจัยจะขอบันทึกข้อมูลของท่านจากเวชระเบียน

ฉบับที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคได้อีกเสบลูปีส จำนวน 20 ข้อ

ฉบับที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคที่มาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมของท่าน จำนวน 16 ข้อ

ฉบับที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญของท่าน จำนวน 12 ข้อ

ฉบับที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบของท่าน จำนวน 22 ข้อ

การตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม จึงไม่เกิดอันตรายร้ายแรงใดๆ ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดหรือวิตกกังวล และเสียเวลาประมาณ 25-30 นาที ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามนั้นได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านยังคงได้รับการตรวจและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อคุณ เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 083-1317711, 089-2352113 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ ได้แก่ ค่ายานพาหนะในการเดินทาง จำนวน 200 บาท

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มี
ค่าใช้จ่ายใด ๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้
ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็น
รายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้
ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้
ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
คน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ
ล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ
บริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน ตึกอำนวยการ 6 ร.พ. ศิริราช โทรศัพท์ (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)



เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบ
ของโรคในผู้ป่วยได้อีกเสบอุปัส

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น
ค่าตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดย
ตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์ ที่
หมายเลขโทรศัพท์ 083-1317711 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ (02)
419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ
จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องแจ้ง
ล่วงหน้า หรือระบุเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะ
ได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะ
ไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/ วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....

(.....)

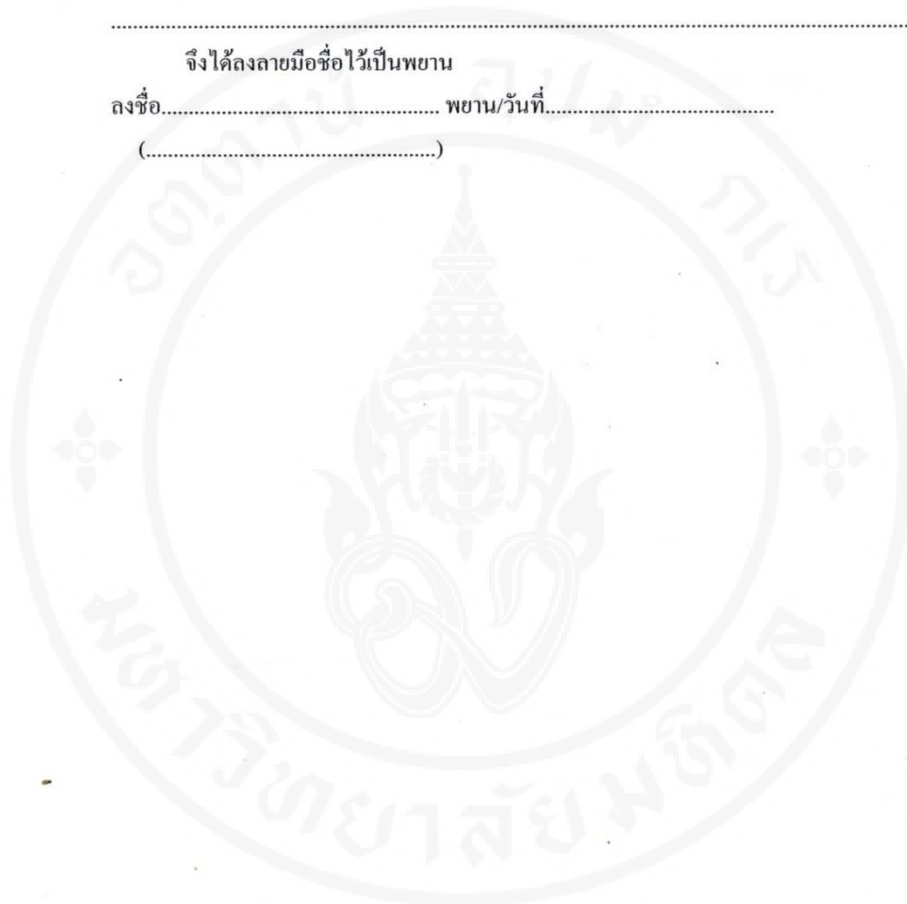
ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้วิจัยคือ

.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....

(.....)



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 9407-9

ที่ ศร 0517.07/ 21495

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ ศร 0517.05/03541 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2553

ตามที่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง พรจิตต์ อุไรรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคไตอีกเสบลูปัส ที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต (เฉพาะผู้ร่วมโครงการวิจัย) ในประเด็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาค่าความเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรคระดับพยาธิสภาพที่ไต อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Urea, Nitrogen, Creatinine และ Creatinine Clearance เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอีกเสบลูปัส” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ เรือเอกหญิง พรจิตต์ อุไรรัตน์ ทำการเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ในส่วนรายละเอียดขอให้ติดต่อประสานงานโดยตรงที่คุณวรรณา ตรงสุขจิต งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 0 2419 7000 ต่อ 9319

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติงานแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ที่ สร ๐๘๑๗.๕/ ๑๖๐๐

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
เลขที่ ๒๑๐ หมู่ ๑๑ ตำบลอาจสามารถ
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ๔๘๐๐๐

๕๖ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๕๑๗.๐๕/๐๒๖๘๐ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง เรือเอกหญิง พรจิตต์ อุไรรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยได้อักเสบอุปัส” นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ มีความยินดีและอนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบวัดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในปี ๒๐๐๕ เรื่อง Epidemiology of adolescent suicidal ideation : roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand) โดย ดร. นายแพทย์ พัทธ์พัทธ์ บุญขมาลิก เพื่อประกอบการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพัทธ์พัทธ์ บุญขมาลิก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

ศูนย์พัฒนาวิชาการและวิจัย

โทร ๐-๔๒๕๕-๓๑๐๓-๖ ต่อ ๑๑๐๖

โทรสาร ๐-๔๒๕๕-๓๑๐๕

Tue, August 24, 2010 10:29:26 PM

RE: MSPSS

From: "Zimet, Gregory D"
<gzimet@iupui.edu>
View Contact

To: Pornjit Urairat <pollanavy@yahoo.com>

Dear Pornjit Urairat,

You have my permission to use the MSPSS in your research study. I have attached the original English version of the scale and a document listing several articles that report on the psychometric characteristics of the MSPSS. I assume you already have a copy of the Thai language version translated by Pitakpol Boonyamalig.

I hope your research goes well. Please let me know if you have any additional questions.

Best regards,
Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD
Professor of Pediatrics & Clinical Psychology
Section of Adolescent Medicine
Indiana University School of Medicine
Health Information & Translational Sciences
410 W. 10th Street, HS 1001
Indianapolis, IN 46202
USA

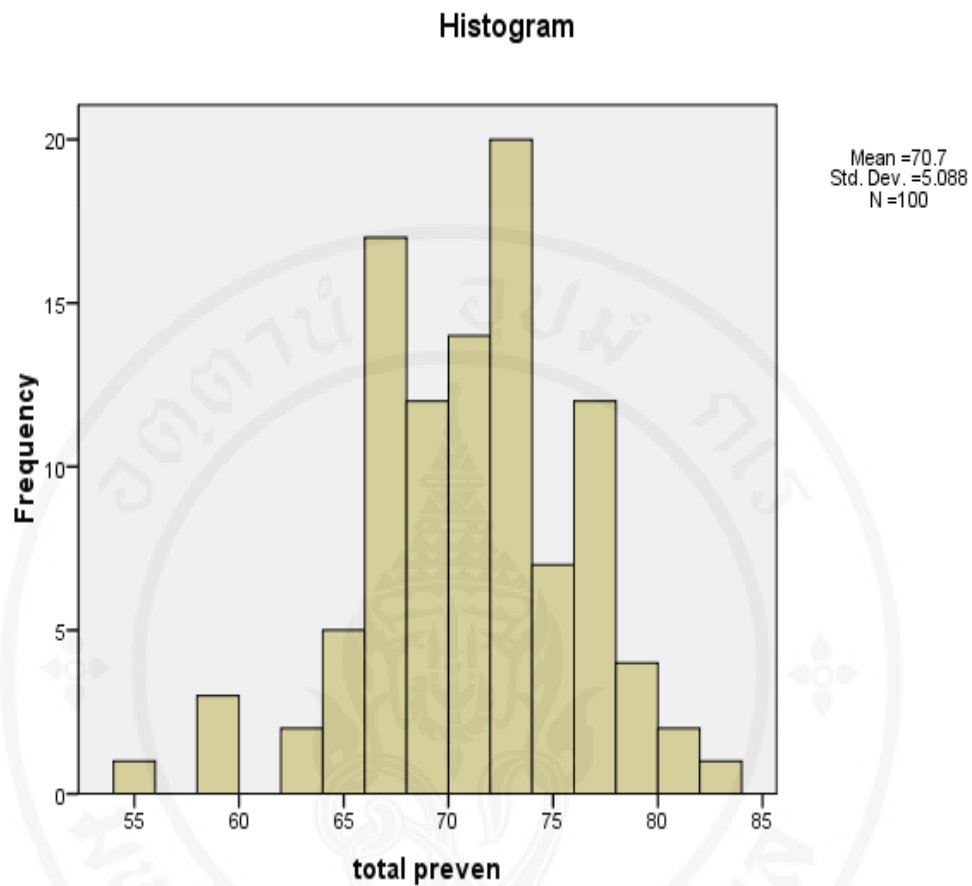
Phone: +1-317-274-8812
Fax: +1-317-274-0133
E-mail: gzimet@iupui.edu

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ในการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547; บุขรา ประกอบธรรม, 2553)

1. การแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อนการพยากรณ์เป็นแบบปกติ (normal distribution) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การแจกแจงของตัวแปรตามมีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov ดังภาพที่ 1
2. มีค่าเฉลี่ยของ ค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์เป็นศูนย์ คือ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามสำหรับทุกๆ ค่าของผลรวมของตัวแปรอิสระทั้งหมด มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง
3. ความแปรปรวนของ ค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ มีค่าเท่ากับ σ^2 ซึ่งต้องมีค่าคงที่สำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระ เรียกว่า ความแปรปรวนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity)
4. ค่าความคลาดเคลื่อนของค่าสังเกตแต่ละค่าในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอิสระต่อกัน (Non Autocorrelation) โดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson ดังตารางที่ 1
5. ตัวแปรอิสระต้องเป็นอิสระต่อกัน ถ้าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity ซึ่งอาจมีผลให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรหนึ่งไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยไม่น่าเชื่อถือ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถดูได้จากค่า Tolerance ต้องไม่เข้าใกล้ศูนย์ และค่า VIF ต้องไม่เกิน 10 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.795-0.962 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.039-1.259 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังตารางที่ 2



Dependent Variable: Total_preven (พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรค)

รูปภาพที่ 1 Histogram of Standardized Residual

ตารางที่ 1 การตรวจสอบความเป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.445 ^a	.198	.164	4.651	1.868

a. Predictors: (Constant), total ss, CountSymptom, total knowledge, total barier

b. Dependent Variable: total preven

ตารางที่ 2 การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

Coefficients

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	CountSymptom	.962	1.039
	total knowledge	.872	1.147
	total barier	.795	1.259
	total ss	.796	1.256

a. Dependent Variable: total preven

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

เรือเอกหญิงพรจิตต์ อุไรรัตน์

วัน เดือน ปีเกิด

16 กรกฎาคม พ.ศ. 2522

สถานที่เกิด

จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ พ.ศ. 2542-2546

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ทุนวิจัย

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ

ที่อยู่ปัจจุบัน

504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี เขตธนบุรี

กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 083-1317711, 089-2352113

E-mail: pollanavy@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน นายทหารพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร