

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง



Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

.....
นางสาวพิกุล สุรารักษ์

ผู้วิจัย

.....
อาจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

M.S. (Teaching for NP) , Ph.D. (Nursing)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณชิระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ คุณารักษ์

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณชิระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2550

CTU.....

นางสาวพิกุล สุรารักษ์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ คุณารักษ์

กศ.บ., M.S., Ph.D.

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

อาจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

M.S. (Teaching for NP), Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ คุณารักษ์

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ และอาจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์รวมทั้งช่วยแก้ไขในข้อบกพร่อง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือสำหรับการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน ที่กรุณาสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สุชาดา เรืองรัตนอัมพร และอาจารย์สุปราณี แดงวงษ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยตรวจสอบความเรียบร้อยของวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณหัวหน้างานผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ น้อง และเพื่อนที่ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

พิบูล สุรารักษ์

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฌ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามตัวแปร.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8

2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเบาหวาน.....	11
โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน.....	15
พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	22
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	28
ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	34

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่

3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
	การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	46
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
4	ผลการวิจัย	
	ผลการวิจัย.....	49
5	อภิปรายผล	
	อภิปรายผล.....	58
6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย.....	65
	ข้อเสนอแนะ.....	68
	บรรณานุกรม.....	71
	ภาคผนวก	
	ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	83
	ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย.....	85
	ค เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
	ง ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	100
	จ ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ถดถอย	
	แบบพหุทดสอบโดยการวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อน.....	103
	ฉ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ความเชื่อด้านสุขภาพ	
	และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังรายข้อ.....	105
	ประวัติผู้วิจัย.....	116

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลา ในการเป็นเบาหวาน.....	50
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนความเชื่อด้าน ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน.....	52
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรม ป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	53
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไต เรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน.....	54
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษากับคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง.....	55
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษาต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคไตเรื้อรัง.....	56
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ความเชื่อด้านสุขภาพตาม การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน รายข้อ.....	106
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล พฤติกรรมป้องกันโรค เรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายข้อ.....	112

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์	32



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก และกลายเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ มีรายงานการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 160,000 คนในปี ค.ศ. 1993 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 200,000 คนในปี ค.ศ. 2000 (Goodman & Nissenson, 1996: I) สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลการลงทะเบียนรักษาบำบัดทดแทนไตโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ในปีพ.ศ. 2547 เท่ากับ 120.78 คนต่อประชากรล้านคนซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มมากกว่าปี พ.ศ. 2546 และ ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตเท่ากับ 82.8, 43.37 ตามลำดับ (ถนอม สุภาพรและคณะ, 2547: 13)

นอกจากปัญหา อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตที่มากขึ้นอย่างรวดเร็วแล้วโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเมื่อได้มีการพิจารณาถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้การดูแลและสถานให้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตนั้นยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาบำบัดทดแทนไตปัจจุบันสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาบำบัดทดแทนไตอีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาบำบัดทดแทนไตนั้นมีราคาสูงโดยคิดค่ารักษาเฉลี่ยอย่างต่ำต่อเดือนที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตจะต้องจ่ายอยู่ที่ประมาณสองหมื่นบาทต่อคนอีกทั้งการรักษาต้องกระทำอย่างต่อเนื่องกัน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ไป

ตลอดชีวิตจึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาทดแทนไตได้ทำให้ต้องเสียชีวิตไปก่อนเวลาอันควร (ถนอม สุภาพร, 2547:133) ปรากฏการณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะประเทศไทยแต่เกิดขึ้นกับทั่วโลกรวมทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือในแถบยุโรป ซึ่งปัจจุบันมีอัตราส่วนของผู้ป่วยมากกว่า 300 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน โดยในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประเมินว่างบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มนี้ในปี ค.ศ. 2010 สูงถึง 28 พันล้านดอลลาร์อเมริกัน สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือด้วยวิธีล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้องประมาณ 100 รายต่อประชากรล้านคนหรือเท่ากับประมาณ 6,000 คนต่อประชากร 60 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือด้วยวิธีล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง ประมาณ 150 รายต่อประชากรล้านคนหรือเท่ากับประมาณ 9,500 คนในปี พ.ศ. 2546 และในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือด้วยวิธีล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง ประมาณ 211 รายต่อประชากรล้านคนหรือประมาณ 12,055 ราย ค่าสถิตินี้ต่ำกว่าในประเทศที่เจริญแล้วซึ่งมีความชุกอยู่ที่ประมาณ 1,000-1,500 รายต่อประชากรล้านคน หมายความว่ายังมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนอีกถึง 60,000 - 100,000 คน ที่ไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ทั้งที่ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการเพิ่มหน่วยบริการ ในด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้กับผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชนโดยอาศัยปัจจัยหลักสองประการเป็นแรงสนับสนุน คือแรงสนับสนุนของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยและจากการที่รัฐบาลและกองทุนประกันสังคมยอมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไต มีสิทธิในการเบิกจ่ายค่าฟอกเลือด ในสถานพยาบาลของเอกชนได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าถึงการรักษาบำบัดทดแทนไตได้มากขึ้น แต่จากสถานบริการที่เพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลง ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากปัญหาในด้านเศรษฐกิจ รวมถึงผู้ป่วยที่สามารถเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้จำนวนมากที่ไม่มีเงินสำรองในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการฟอกเลือด

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการ และอาการแสดงระยะสุดท้ายที่รุนแรงนั้น จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ที่สำคัญ 3 ประการได้คือ การขจัดของเสียออกจากร่างกาย การควบคุมสมดุลต่างๆ ของร่างกาย และการสังเคราะห์วิตามินและฮอร์โมน (โคภน นภาพร, 2542: 1) ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบในร่างกายเกิดการเสียสมดุลและทำงานผิดปกติจึงแสดงอาการออกในทุกระบบ ประกอบด้วยกลุ่มอาการอันเนื่องมาจากมีของเสียคั่งในกระแสเลือด (Uremia) อาการหอบเหนื่อยจากการมีภาวะน้ำเกินในระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะนอนไม่หลับ และอาการปวดศีรษะ อาการเหล่านี้ก่อให้เกิด

ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและจากสภาวะของโรคทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต้องถูกจำกัด ขอบเขตโดยเฉพาะการถูกจำกัดทั้งชนิดและปริมาณของอาหารรวมทั้งเครื่องดื่มไปตลอดชีวิต อีกทั้ง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องทำอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องผูกพันกับเครื่องไตเทียมและบุคลากรในหน่วยไตเทียม รู้สึกเป็นภาระผูกพันที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งการได้รับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ ได้แก่ เจ็บตำแหน่งที่แทงเข็ม เพื่อฟอกเลือด บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือด และหลังการฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำอย่างมาก เป็นตะคริว อ่อนเพลียประสบการณ์ดังกล่าวเป็นประสบการณ์ทางกายที่ ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด นอกจากประสบการณ์ทางด้านร่างกายแล้วประสบการณ์ ด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกกลัว ไม่อยากประสบเหตุการณ์ทางกายเดิมที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานอีก รวมทั้งความรู้สึกกลัวตาย เสียใจ วิตกกังวล เป็นประสบการณ์ทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมานรองมาจากทางกาย ประสบการณ์ดังกล่าวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นประสบการณ์ ด้านลบที่ผู้ป่วยรับรู้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับประสบการณ์ด้านลบนี้ได้ก็จะส่งผลให้ผู้เกิด ความเครียดรู้สึกซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตต่อ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หดความสามารถที่จะควบคุมดูแล ตนเอง ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้เหมาะสม ไม่ใส่ใจในการเลือกรับประทานอาหารส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพ (ประภาศิริ กำแพงทอง, 2548: 86-96) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ แข็งแรง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง บทบาทและฐานะทางสังคมอาจเปลี่ยนไป อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายลักษณะ เช่น ผิวหนังแห้ง คอแห้ง ผมหลุดร่วง รูปร่างเปลี่ยนแปลง เส้น เลือดโป่งพอง ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความกระตือรือร้น บางรายอาจ แยกตัว ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวัง (ประภาศิริ กำแพงทอง, 2548: 74-76)

ความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดังกล่าวข้างต้น คงไม่สามารถแก้ไข ได้ด้วยการขยายการให้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตได้ครอบคลุมตามความชุกของโรคที่เกิดขึ้น ทั้ง ยังเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ยังมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอีกเป็นจำนวนมากที่จะกลายเป็นผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งถ้ารัฐให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า หรือให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ เสียค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ประเทศไทยก็จะมีอัตราส่วนของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต มากที่สุดในโลกประเทศหนึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะมีจำนวนมหาศาลตามไปด้วย ดังนั้นวิธีการที่จะ จัดการกับปัญหานี้คือ การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง (ทวี ศิริวงศ์, 2547: 3) สอดคล้องกับวงการ แพทย์โรคไตในระดับนานาชาติที่กำลังตื่นตัวในการป้องกันโรคไตและการเสื่อมของไต จากการที่ มูลนิธิโรคไตของสหรัฐอเมริกาได้มีการพัฒนาเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังโดยให้คำแนะนำในการ ตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตซึ่งเรียกว่า Kidney Disease Outcome Quality Initiative 15 (KDOQ 15) (ทวี ศิริวงศ์, 2547:13) อย่างไรก็ตามสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังอาจ

มาจากหลายปัจจัย แต่ในปัจจุบันพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังมากที่สุดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสาเหตุของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังเกิดจากโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 45 (ลีนา องอาจยุทธ, 2545: 47) สำหรับประเทศไทยจาก ข้อมูลจากการลงทะเบียนการรักษาบำบัดทดแทนไต ในปีพ.ศ.2546 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าเบาหวาน เป็นสาเหตุของการเกิด โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 34 ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง (ถนอม สุภาพรและคณะ, 2547: 16)

เบาหวานเป็น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญเกือบทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อุตติการณ์ของโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการประชุมโรคเบาหวานสากลเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ณ กรุงเฮลซิงกิ รายงานว่าทั่วโลกขณะนี้ มีผู้ป่วยเบาหวานถึง 135 ล้านคนและจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (สุวิทย์ เกียรติเสวี, 2540: 12) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2539, 2540 และ 2541 มีผู้ป่วยในที่เป็นเบาหวานจากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 127.5 148.7 และ 175.7 ต่อประชากรแสนคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543: 29) จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทยระดับจังหวัดปี พ.ศ. 2543 ผลการตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปของจังหวัดราชบุรี พบว่าเป็นเบาหวานร้อยละ 4.81 นับว่าสูงเป็นอันดับสามของประเทศ (สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2544: 44) จากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2545 เป็น 3,399 3,728 และ 4,762 รายตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลโพธาราม จำนวนผู้ป่วยเบาหวานปีพ.ศ. 2545 ถึง 2547 มีจำนวน 1,660 1,860 และ 2,020 รายตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ประมาณ 150-200 คนต่อปี มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2545, 2546 และ 2547 จำนวน 395, 450 และ 525 ตามลำดับ (สถิติโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน, 2548) และจากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลโพธารามปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2547 มีจำนวน 75, 185 และ 222 ราย ตามลำดับและพบว่ามีส่วนมาจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 50 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

เบาหวานเป็น โรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และสามารถบั่นทอนทำลายสุขภาพทีละน้อยและทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีอันตรายร้ายแรง เช่น ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 8 - 17.3 เกิดหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และหลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาตร้อยละ 5.8 - 15.4 เกิดภาวะตาบอด ตาพร่า ตาบอด ร้อยละ 32.1 ไตอักเสบ ไตเสื่อม จนกระทั่งไตวายร้อยละ 40 ปลายประสาทอักเสบ ทำให้ชาตามปลายมือปลายเท้า หมดความรู้สึกล้างเพศและพบร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.4 (สุชาติ ปันณะแต้ม, 2540: 35) แต่

เบาหวานสามารถควบคุมได้ ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดจนช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆได้ การบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ในปริมาณที่พอเหมาะกับภาวะของร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุข (สุนทร ตัณฑนันท์, 2541: 29-38) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (รักษัพงษ์ เวียงเจริญ, 2545: 15) อย่างไรก็ตามการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตจนถึงการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานนั้นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือผู้ป่วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันคือความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมขณะเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยคือบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใดหรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความพิการ มีความเจ็บปวด หรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำและบัตรเตือนจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (Becker, 1990: 8-12)

ในแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนั้นนอกจากการรับรู้ของบุคคลและปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้ว ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์นับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคด้วย เช่น รายได้เป็นสิ่งที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า จากการศึกษาของ เนมเชค (Nemcek, 1990) พบว่าอาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองด้านสุขภาพ สำหรับระดับการศึกษาของบุคคล (จำนวนปีที่ศึกษา) การศึกษาทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลและข่าวสารต่างๆ ได้ดี จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้มาก (Orem, 1985 :120,175) นอกจากนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัย รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพอย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (ประภาพร จินนุทยา, 2536: 81)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม ตระหนักดีว่าโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสำคัญ และจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังหรือการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานทั้งในรายที่เกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว และในรายที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่าผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง มีผู้ป่วยเบาหวาน 3 รายในปีพ.ศ. 2547 ต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้ อาจสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ศึกษาพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยด้านประชากรต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐาน

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยด้านประชากรสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อหาความสัมพันธ์ของ ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม ในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธาราม

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ความเชื่อ การรับรู้ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อสุขภาพของตนเองในด้าน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งการรับรู้ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งประเมินได้จาก แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1990: 9) ประกอบด้วยมโนทัศน์ 5 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานว่าเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

ต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน การปฏิบัติงาน รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ว่าการมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันหรือลดการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริง ที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากสื่อต่างๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำหรือบดเคืองการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

พฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการใช้ยา พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

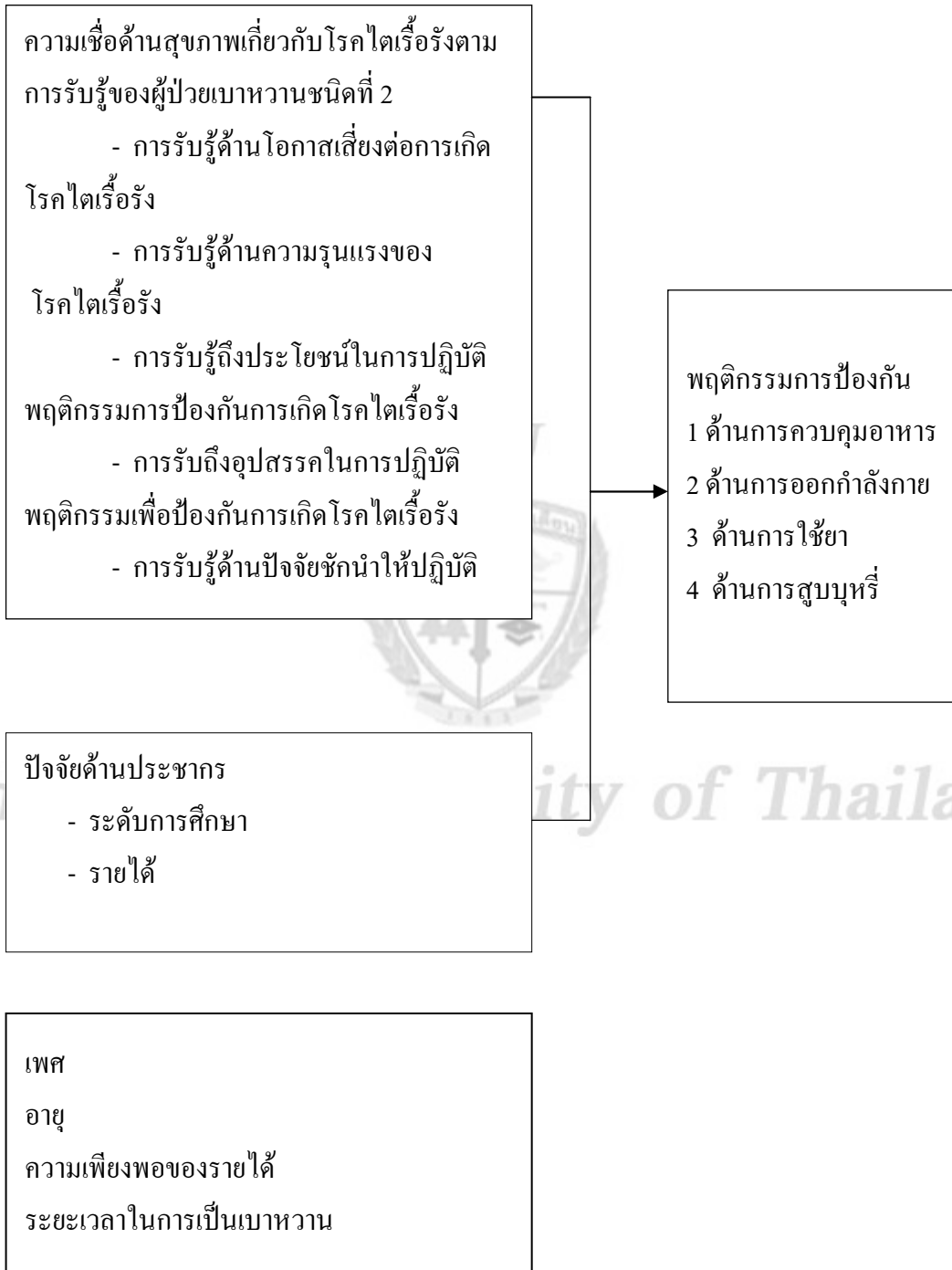
1. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตระหนักถึงความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยด้านประชากร
2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบแก่ผู้บริหารทางการแพทย์ ในการแก้ไขปรับปรุงการจัดบริการพยาบาล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์(Becker, 1990: 9) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

(รายละเอียด ของกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์อยู่ในบทที่ 2) แนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังสูง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ร่วมกับรับรู้ความรุนแรงเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรังที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆในร่างกาย การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันหรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเป็นไปได้ในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันในด้านต่างๆ แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังซึ่งต้องมีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังต่ำ ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตจากเบาหวานน้อย และการรับรู้อุปสรรคมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ ร่วมกับไม่มีสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ก็จะไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสม ใดๆก็ตามนอกจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว อาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ ปัจจัยด้านประชากร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1990: 9) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1: กรอบแนวคิดในการวิจัย (ประยุกต์จากกรอบแนวคิดของ Becker (1990: 9))

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

โรคเบาหวาน

เบาหวาน คือ ภาวะที่ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่ากลุ่มคนปกติเป็นเวลานานเกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีเมตาบอลิซึมผิดปกติไป ทั้งนี้โดยมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม สภาวะที่ทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินมากกว่าปกติ เช่น ความอ้วน ตับอ่อนเสื่อมสภาพ โรคของระบบต่อมไร้ท่อ การได้รับยาต้านฤทธิ์อินซูลิน เช่นกลุ่มยาคอร์ติโคสเตออยด์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 3 ประเภท (American diabetes association, 1997: s21) โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1) เกิดจากการที่ตับอ่อนเสื่อมสภาพจนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เลย มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยก่อน 30 ปี ควบคุมยาก เกิดคีโตซีส (Ketosis) ได้ง่าย อาการของโรครุนแรงลุกลามอย่างรวดเร็ว โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type2) เกิดจากตับอ่อนยังสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ แต่สมรรถภาพไม่ดีเท่าที่ควร ประกอบกับร่างกายต้องการอินซูลินมากกว่าปกติเพื่อนำมาใช้ในการเผาผลาญอาหาร ซึ่งมากเกินไป

ควบคุมได้ง่ายกว่าประเภทที่ 1 ไม่ค่อยเกิดคีโตซีส มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปและเป็นคนอ้วน โรคเบาหวานชนิดที่ 3 เป็นโรคเบาหวานที่เกิดตามหลังโรคอื่น (Diabetes associated with certain conditions or syndromes) เช่น โรคตับอ่อน การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด

ผลกระทบจากโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นหากปล่อยไว้นานโดยไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลไม่ถูกต้องแล้วโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะรวดเร็ว และรุนแรงมาก โดยเฉพาะ Diabetic nephropathy จากการศึกษายของเฟจัน และอาร์เบอร์ (Fajans and Arbor, 1972: 678-684 อ้างในสมศักดิ์ คำธัญมงคล และคณะ, 2542: 17) พบว่าเป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีบตันของเส้นเลือดจากการที่สารไขมันที่เรียกว่า โคลเลสเตอรอล ไปเกาะผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อไต จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือดที่ไตทำให้ขับสารโปรตีนออกมาในปัสสาวะ พบสารโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และเกิดการคั่งของสารพวกไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen) และครีเอตินิน (Creatinin) ทำให้เกิดภาวะโรคไตเรื้อรังได้ในที่สุด และพบมากกว่าคนปกติประมาณ 17 เท่า จากการศึกษาของเอลเลนเบิร์ก และริฟกิน (Ellenberg and Rifkin 1983: 407) พบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจัดเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นเหตุที่ทำอันตรายผู้ป่วยทำให้ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า และร้อยละ 5-10 ประสบปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว (Ballard, et al., 1991: 455) ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าจนกระทั่งต้องทำการตัดขาสูงถึง 15 - 40 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน หากเป็นเบาหวานมากกว่า 25 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะต้องตัดขาสูงถึงร้อยละ 11 นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการตัดขาพบว่ามีชีวิตภายใน 3 ปี สูงถึงร้อยละ 50 และเสี่ยงอันตรายจากไตเสื่อมสมรรถภาพสูงมากกว่าคนปกติถึง 17 เท่า ตามอดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดไปเลี้ยงตามผิดปกติสูงกว่าคนปกติ 25 เท่า (จุฬารัตน์ ตั้งตระกูล, 2538: 1)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเนื่องจากโรคเบาหวานทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังนี้มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรค ถ้ามีการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ก็จะ เกิดมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบแบ่งได้เป็น (พงษ์อมร บุญนาค, 2542: 40-41)

ชนิดที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microvascular disease) เช่น Diabetic retinopathy, Diabetic nephropathy

ชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macrovascular disease) เช่น โรคหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง และ Peripheral vascular disease

ชนิดที่ 3 โรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น Diabetic neuropathy

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีหนทางรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมได้เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมตาบอลิซึมของร่างกาย แบ่งเป็น 2 ชนิด (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2545: 19) คือ ชนิดที่หนึ่งเป็นเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลินพบได้ร้อยละ 10 ของคนเป็นเบาหวานทั้งหมด เบาหวานชนิดนี้ค่อนข้างร้ายแรงกว่าชนิดที่ 2 เพราะต้องฉีดอินซูลินเข้าไปทดแทนทุกวัน ต้องควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และมีการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2545: 19) ซึ่งเกิดจากจำนวนเบตาเซลล์ในอิสเลตของตับอ่อนนั้นมีจำนวนน้อยลง หรือสามารถสร้างอินซูลินได้ตามปกติ แต่จะขาดตอนลงตรงที่น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเซลล์ได้ (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2545: 18) ร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และความผิดปกติในกระบวนการเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน มีการสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงานจนเกิดภาวะกรดคั่งในกระแสเลือด ซึ่งเป็นอันตรายอย่างเฉียบพลันต่อร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ประกอบกับการเป็นโรคอยู่นาน จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือดดำและกลายเป็ผลกระทบบจากโรคเบาหวานต่อผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักประสบปัญหาเรื่องหลอดเลือดแดงแข็ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของไขมัน ทำให้โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันสูงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัมพาต จากหลอดเลือดในสมองตีบตัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

สาเหตุของความรุนแรงของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น

โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ บางสาเหตุก็ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม แต่หลายสาเหตุสามารถป้องกันและควบคุมได้ ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอาจมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. อุปนิสัยในการรับประทานอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีมักเกิดจากการชอบรับประทานหวานและกินจุบจิบ และผู้ป่วยที่ชอบรับประทานอาหารมื้อหนักๆ 2 มื้อต่อวัน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าผู้ที่แบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อเล็กๆ พออิ่ม ประมาณ 5-6 มื้อต่อวัน ถึงร้อยละ 84 (Bertelsen, et al., 1996 : 4)

2. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้นอีกทั้งยังสามารถลดน้ำหนักส่วนที่เกินได้และเมื่อน้ำหนักลดลงจะพบว่ามียินซูลิน รีเซพเตอร์ (Insulin receptor) เพิ่มขึ้นทำให้อินซูลินสามารถออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดจึง

ลดลง (บรรจบ ชุณหสวัตติกุล, 2545: 19) แต่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีความรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงป้องกันโรคแทรกซ้อนได้

3. การมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (Obesity) ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเกิน (Perri, et al., 1993: 200) ผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์มากและมีน้ำหนักเกินปกติจะมีน้ำตาลในลักษณะของกลัยโคเจน (Glycogen) และไขมัน (Adipose tissue) สะสมในร่างกายมากกว่าปกติ โดยเฉพาะมีไขมันสะสมมากบริเวณหน้าท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีความต้านทานต่ออินซูลินมากขึ้น ความไวของอินซูลินลดลง (บรรจบ ชุณหสวัตติกุล, 2545: 66) จึงทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติยังทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

4. การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมองได้ถึงร้อยละ 4 (Valmadrid, et al., 1997: 26a) จากการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำลง (วลัย อินทรมพรรย์, 2539: 12)

5. การสูบบุหรี่ นิโคติน (Nicotin) ในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เลือดไหลไปยังอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลงทำให้เนื้อเยื่อขาดสารอาหารไปเลี้ยง การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Estacio, et al., 1996: 79) และป้องกันโรคแทรกซ้อนจากการเสื่อมของปลายประสาท (Forrest, et al., 1997: 665) ผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

6. ภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ (Emotional Stress) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในสภาพปัจจุบันมีความเครียดเกิดขึ้นได้มาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ คนในครอบครัวต้องออกทำงานนอกบ้าน ทำให้มีความสัมพันธ์กันน้อยลง ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ทำให้เกิดความท้อถอย และหากขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้มากขึ้น เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ไพบุลย์ จาตุรปัญญา, 2545: 49) เนื่องจากการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamin) ซึ่งยับยั้งการหลั่งอินซูลิน นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นสาเหตุให้หลั่งแอดรีนาลิน (Adrenalin) สูง เป็นเหตุให้มีการเผาผลาญน้ำตาลมากขึ้น จำนวนการใช้อินซูลินย่อมต้องการมากขึ้นทำให้ไม่เพียงพอ จึงมีการตั้งของน้ำตาลในเลือดมากขึ้น

ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือละเว้นปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ได้ก็จะทำให้อาการของโรคเลวลง เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง การเสื่อมของปลายประสาท การเกิดแผลที่เท้าจนทำให้มีการสูญเสียอวัยวะส่วน

ปลายได้ (American Diabetes Association, 1997: s11-13) หลักในการรักษาเบาหวาน (American Diabetes Association, 1997: s6) คือการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการใช้ยาควบคุมเบาหวาน ซึ่งการจัดการกับเบาหวาน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ในการที่จะแก้ไขปัญหาและป้องกัน โรคแทรกซ้อนต่างๆจากเบาหวานได้

โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic renal disease) หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไต (Nephron) ลดลงอย่างถาวร และสามารถตรวจพบได้จากการตรวจการทำงานของไต (Renal function test) หรือ หมายถึง การมีอัตราการกรองของโกลเมอรูลาร์ (Glomerular filtration rate : GFR) ลดลงกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 120 มิลลิลิตรต่อนาที) หรือระดับครีอะตินินสูงกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 0.6-1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ติดต่อกันเป็นเวลานานประมาณ 3 เดือน (โสภณ นภทร, 2542: 2) และการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังจะชัดเจนขึ้นถ้าผู้ป่วยมีลักษณะต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ (ไทรรักษ์ พิธิษฐ์กุล และ เกรียง ตั้งสง่า, 2543 : 1223) ขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ มีการเสื่อมของกระดูกเนื่องจากโรคไต ตรวจปัสสาวะพบบรอดคาสท์ (Broad cast) คือ ความกว้างของคาสท์ มากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาวสามตัวเรียงตัวต่อกัน มีการสะสมของระดับยูเรียไนโตรเจน (Azotemia) ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน องค์ประกอบของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังนี้ ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นพร้อมกันทุกข้อ อาจพบเพียงข้อใดข้อหนึ่งหรือในผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง อาจพบเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งกับระยะความรุนแรงของโรค เพราะหากต้องรอให้ผู้ป่วยมีเกณฑ์การวินิจฉัยครบทุกข้อ ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่รุนแรงมากแล้ว ซึ่งการเป็นโรคไตเรื้อรังมี 5 ระยะดังนี้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2548: 3-4)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย แต่เมื่อวัดค่าอัตราการกรองของเสียที่ไตยังปกติมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายมากขึ้น และมีค่า GFR ลดลง แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียกว่าโรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ GFR มีค่าต่ำกว่า 90 แต่ยังเกิน 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีค่า GFR ลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตรซึ่งเรียกว่าภาวะโรคไตเรื้อรังและเมื่อนำค่าครีอะตินินในเลือด (serum reatinine) มาคำนวณเป็นค่า creatinine clearance หรือค่า GFR โดยปรับตาม อายุ น้ำหนัก และเพศ จะตรงกับค่าครีอะตินินในเลือดประมาณ 1.2 – 2.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระยะที่ 4 ระยะที่ผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้น ค่า GFR ลดลงจนอยู่ในช่วง 30 - 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีค่า ครีอะตินิน

ในเลือด (serum creatinine) อยู่ในช่วง 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่า GFR ต่ำกว่า 15 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเบาหวานเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง โดยมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไตดัง ตารางที่ 1

ระยะการเปลี่ยนแปลงของไต					
ระยะโรคไตเรื้อรัง	1 Acute renal Hypertroph hyperfunction	2 Normoalbuminuria	3 Incipient diabetic nephropathy	4 Proteinuria, clinical overt diabetic nephropathy	5 End-stage renal failure
ระยะเวลา นับจากเริ่มเป็นเบาหวาน	แรกวินิจฉัย	ภายใน 5 ปีแรก	6-15 ปี	15-25ปี	25-30 ปี หรือมากกว่า
ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ	ไตใหญ่ขึ้น Glomeruli ใหญ่	Basement Membrane หนาขึ้น	Basement Membrane หนาขึ้น มี mesangial และ matrix expansion	มีความผิดปกติ อย่างเด่นชัด	Glomerular closure
glomerular Filtration rate	เพิ่มขึ้น 20-50 %	เพิ่มขึ้น 20-50 %	Still supranormal values, predicted to decline with development of proteinuria	ลดลงประมาณ 10 มล./นาทีต่อปี	น้อยกว่า 10 มล./นาทีต่อปี
Albumin excretion	อาจเพิ่มขึ้นในช่วงแรก แต่จะกลับเป็นปกติได้	น้อยกว่า 20 ไมโครกรัม/นาที	20-200 ไมโครกรัม/นาที Micro albuminuria	มากกว่า 200 ไมโครกรัม Macro albuminuria	อาจลดลงจากการเสียหาย Nephron สูง
ความดันโลหิต	ปกติ	ปกติ	เพิ่มขึ้นประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท	เพิ่มขึ้นประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอท	สูง

ที่มา : สมชาย เอี่ยมอ่อง (2547: 385)

และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในทางคลินิก อาจแบ่งผู้ป่วยเบาหวานตามการเปลี่ยนแปลงของไต โดยประเมินจากปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะและการทำงานของไต ออกเป็น 4 กลุ่ม (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2547: 386) คือ

กลุ่มที่ 1 Nomoalbuminuria คือ ผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงของไตอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่า 20 ไมโครกรัมต่อนาทีหรือ 30 มิลลิกรัมต่อวัน

กลุ่มที่ 2 Microalbuminuria คือ ผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงของไตอยู่ในระยะที่ 3 (Incipient diabetic nephropathy) หรือมีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20-200 ไมโครกรัมต่อนาทีหรือ 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน

กลุ่มที่ 3 Macroalbuminuria คือ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของไตอยู่ในระยะที่ 4 (clinical overt diabetic nephropathy) มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ มากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อนาทีหรือ 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมีปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน

กลุ่มที่ 4 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal failure or renal replacement therapy) ซึ่งตรงกับความสามารถเปลี่ยนแปลงของไตอยู่ในระยะที่ 5 และระยะที่ 1 ถึง 4 ที่มีการทำงานของไตลดลง

สรุป โดยทั่วไปไม่ว่าผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงของไตในระยะที่ 1 และ 2 มีโรคไตจากเบาหวาน จะวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของไตอยู่ในระยะที่ 3 ขึ้นไป ร่วมกับต้องมีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20-200 ไมโครกรัมต่อนาที หรือ 30-300 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดโรคไตเรื้อรังทุกคน อาจเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 30-35 ของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (ลินา งามอาชญุทธ, 2545: 47) โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานดังนี้ (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2547: 388-389)

1. ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานมานาน มักเกิดภายหลังการเป็นเบาหวาน 10-15 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังสูง

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเฉพาะยีนของระบบ rennin- angiotensin

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี คือ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องได้ดังนี้

ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C หรือ glycosylated hemoglobin) > 7%

ระดับกลูโคสในเลือดค้ำหลังอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (plasma glucose) > 90 - 130

mg/dl

4. การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อไตทั้งในด้านการทำงานของไตและโครงสร้างของเนื้อไตทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตที่สูงเกินกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลให้หลอดเลือดฝอยในเนื้อไตต้องรับแรงดันที่สูงตลอดเวลา ทำให้เนื้อไตได้รับอันตรายจากแรงดันที่สูงขึ้นเมื่อปล่อยให้ภัยอันตรายดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมและเกิดโรคไตเรื้อรังในที่สุด

5. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (ระดับ LDL cholesterol มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จะเป็นอันตรายต่อหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง หนาตัว เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงเกิดความพิการของอวัยวะนั้นได้

6. การมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) โดยเฉพาะมีการรั่วของโปรตีนที่มากกว่า 2,500 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นดั่งบ่งชี้ความผิดปกติของ glomeruli อีกทั้ง Proteinuria ยังเป็น Nephrotoxin ที่มีผลทำลายไตด้วย

7. การสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาถึงอันตรายของการเป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน พบว่า จากการติดตามการดำเนินของโรคใช้ระยะเวลานาน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะสามารถตรวจพบปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20 – 200 ไมโครกรัมต่อนาที (Microalbuminuria) ได้ หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมานาน 5-10 ปี ซึ่งถ้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 80 จะมีอัลบูมินในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เข้าสู่ระยะที่มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อนาที (Overt nephropathy) หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม ประมาณ 1 ใน 3 จะมีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะคงที่อยู่เป็นระยะเวลานาน และอีกประมาณ 1 ใน 3 จะมีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะลดลงจนเป็นปกติ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 20 จะมีโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายในระยะเวลา 20 ปี หลังจากวินิจฉัยว่าเป็น (วสันต์ สุเมธกุล, 2546: 5)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีธรรมชาติการดำเนินโรคไตเรื้อรังแตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง จะตรวจพบปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20 – 200 ไมโครกรัมต่อนาที (Microalbuminuria) หรือมีมากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อนาที (Overt nephropathy) แล้วตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลานานโดยไม่มีอาการ หรือไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20-200 ไมโครกรัมต่อนาที (Microalbuminuria) ร้อยละ 20-40 และเข้าสู่ระยะที่มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (Overt nephropathy) ภายในเวลา 20 ปีและพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20 จะเข้าสู่โรคไต

เรื้อรังระยะสุดท้าย และเนื่องจากความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรมีมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เกือบ 20 เท่า ทำให้ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นตามความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง เช่น จากการศึกษา UKPDS ที่ติดตามผู้ป่วยนานเกือบ 20 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับร้อยละ 1.4 ต่อปี ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง และร้อยละ 3.0 ต่อปีในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานที่มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ 20-200 ไมโครกรัมต่อนาที ร้อยละ 4.6 ต่อปีในผู้ป่วยที่มีปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อนาที และร้อยละ 19.2 ต่อปีในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2548: 30-33) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยตั้งแต่เบื้องต้น ได้โดยเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

การคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และธรรมชาติของโรคมีแนวโน้มที่จะทำให้สมรรถภาพการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ จากปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินโรคในระยะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ด้วยการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และมีการตรวจคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานได้ในระยะเริ่มต้น จะสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังและชะลอการเสื่อมของไตเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว (ลินา งามอายุทธ, 2545: 46) ทั้งนี้การตรวจคัดกรองสามารถเริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานตามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังกล่าวโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายผู้ป่วยเบาหวานทุกราย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานในประเด็นของระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมีประวัติโรคไตเรื้อรังของคนในครอบครัว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ได้แก่ระดับน้ำตาลเกะเม็ดเลือดแดง (HbA1C หรือ glycosylated hemoglobin) มากกว่าร้อยละ 7 หรือระดับกลูโคสในเลือดค้ำหลังคอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี (ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) มีภาวะไขมัน (โคเลสเตอรอล) ในเลือดสูง มีประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมอง มีโรคของจอประสาทตาจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) และมีประวัติการสูบบุหรี่ นอกจากนั้นผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์ และควรได้รับการตรวจวัดปัสสาวะด้วยแถบสี (Dipstick) เพื่อหาภาวะที่มีอัลบูมินออกมาในปัสสาวะ (microalbuminuria) และตรวจระดับซีรัมครีเอตินินอย่างน้อยเมื่อเริ่ม

วินิจฉัย หลังจากนั้นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะด้วยแถบสีตั้งแต่อย่างน้อยกว่า 20 ไมโครกรัมต่อนาทีขึ้นไปจำเป็นต้องซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีภาวะอื่นนอกจากโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานที่เป็นสาเหตุของการมีอัลบูมินรั่วทางปัสสาวะ เช่น มีไข้ ออกกำลังกายหักโหม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และควรนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีก 2 ครั้ง ภายใน 6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าได้ผลบวกจริง สำหรับการตรวจหาปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะด้วยการวัดปริมาณ มีประโยชน์เพิ่มเติมในการดูแลรักษาผู้ป่วยและเพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้การตรวจได้ผลบวกจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งแพทย์ผู้รักษาและตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ผู้รักษาจะใช้ผลการตรวจนี้เป็นเครื่องมือในการแจ้งกับผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และใช้ผลการตรวจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้การตรวจหาปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะเป็นเพียงการพยากรณ์การเกิดโรคเท่านั้นผลการตรวจปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะจะเกิดประโยชน์เฉพาะในรายที่สามารถปรับการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายเท่านั้น

แนวทางการรักษาโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง

จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว พบว่าถ้าสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนั้นแนวทางการรักษาโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย (ทวี ศิริวงศ์, 2548: 7-8)

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรังมักเป็นผู้ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติต่อเนื่องเป็นเวลายานานมากกว่า 10 ปี ในระยะท้ายมักมีความดันโลหิตสูงและมีโปรตีนในปัสสาวะก่อนจะมีการเสื่อมของสมรรถภาพไตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุดตลอดเวลา (Fasting plasma glucose ระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับ hemoglobin A1C น้อยกว่าร้อยละ 7) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หลักการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีประกอบด้วย การควบคุมอาหาร และการใช้ยาลดน้ำตาล

2. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยการใช้ยาในกลุ่มของยาลดความดันที่สามารถเลือกใช้ได้ตัวใดตัวหนึ่ง หรือใช้ร่วมกัน หากไม่มีข้อห้าม (ตามหลักฐานการศึกษาต่างๆ ที่สามารถชะลอความเสื่อมของโรคไต หรือสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหรืออัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้) ซึ่งได้แก่ กลุ่มยา Angiotensin-converting enzyme inhibitors, Angiotensin II receptor blockers ,Calcium channel blockers, inhibitors, Angiotensin II receptor blockers ,Calcium channel blockers, Beta - blockers Diuretics และยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่นๆ

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัลบูมินในปัสสาวะควรพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Angiotensin-converting

enzyme หรือ Angiotensin II receptor blockers เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

4. ได้รับการรักษาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และงดสูบบุหรี่

5. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับซีรั่มครีอะตินินตั้งแต่ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ควรได้รับการดูแลรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ การได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำ โดยเฉพาะในโรคไตเรื้อรังที่มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ การลดอาหารที่มีโปรตีนจากระดับตามปกติประมาณ 1.0–1.5 กรัม / กิโลกรัมต่อวัน ลงเหลือประมาณ 0.7 กรัม / กิโลกรัมต่อวัน สามารถลดปริมาณโปรตีนที่ออกมาในปัสสาวะได้ประมาณร้อยละ 50 จากข้อมูลจากการศึกษาของ Ramipril Efficacy in Nephropathy study บ่งชี้อย่างชัดเจนว่าภาวะที่มีโปรตีนออกมาในปัสสาวะมากกว่าปกติ ทำให้มีการทำลายไตอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโปรตีนออกมาในปัสสาวะที่วัดได้ตั้งแต่ 4,300 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป ซึ่งได้รับการติดตามผล 12-30 เดือน พบว่ามีการทำงานของไตลดลงในอัตรา มากกว่า 9 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี เทียบกับอัตราที่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี ในกลุ่มที่มีปริมาณโปรตีนออกมาในปัสสาวะที่วัดได้ไม่เกิน 2,500 มิลลิกรัม ดังนั้นเป้าหมายคือพยายามลดโปรตีนในปัสสาวะ ดีที่สุดคือให้มีโปรตีนในปัสสาวะออกน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน

6. การได้รับอาหารที่มีเกลือต่ำ เกลือมีบทบาทมากต่อหน้าที่ของไต เมื่อร่างกายได้รับเกลือเพิ่มขึ้นจะพบว่ามีการขับเกลือส่วนเกินออกไปทางปัสสาวะ และในทางคลินิกพบว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มแรงดันในกรวยกรองไตเพิ่มขึ้น ดังนั้นการจำกัดเกลือจึงมีผลอย่างยิ่งต่อการลดแรงดันในกรวยไต ทำให้มีโปรตีนออกมาในปัสสาวะลดลง

ดังนั้น วิธีป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่สำคัญก็คือการรักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค และการควบคุมปัจจัยที่ทำให้ไตเสื่อมลงโดยตรงที่ตรวจสอบได้ตั้งแต่ระยะต้นๆ คือ ปริมาณอัลบูมินที่ออกมากับปัสสาวะในปริมาณ 20-200 ไมโครกรัม (microalbuminuria) หรือ ภาวะที่มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ การดูแลในภาพรวม อีกทั้งต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต ตลอดจนการได้รับอาหารที่มีโปรตีนและเกลือในปริมาณที่ต่ำลง และการงดสูบบุหรี่

จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการป้องกันอีกทั้งการรักษาโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานดังกล่าวข้างต้นจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลโพธาราม

พฤติกรรมกรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมกรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีผู้ให้ความหมายไว้สอดคล้องกันดังนี้

พฤติกรรมกรป้องกันโรคหมายถึง พฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันตลอด 24 ชั่วโมง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527: 54)

พฤติกรรมกรป้องกันโรค (เลื้อซัย ศรีเงินยวง และทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533: 60) กล่าวว่า พฤติกรรมกรป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ พฤติกรรมกรป้องกันโรคเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

พฤติกรรมกรป้องกันโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534: 86) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

พฤติกรรมกรป้องกันโรค (มัลลิกา มัตติโก, 2534: 11-12) เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิथाส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพพันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ การป้องกันการเกิดโรค (primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (second prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (tertiary prevention)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมกรป้องกันโรคเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรป้องกันโรค

พฤติกรรมกรป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะทำ ดังนี้คือ (Becker, 1974: 88)

1. การรับรู้ของบุคคล จะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefit) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barrier)

2. ปัจจัยร่วม ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำ หรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสม พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง หมายถึงการกระทำใดๆ ก็ตามที่ผู้ป่วยเบาหวานกระทำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ โดยพฤติกรรมการป้องกันต่างๆ นั้น ได้แก่ การปฏิบัติตามการรักษา การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) และการสูบบุหรี่ ดังนั้นแนวทางการชะลอการเสื่อมของไต (ทวิ ศิริวงศ์, 2547: 6-14) จึงประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยมี HbA1c น้อยกว่า 7 % การจำกัดอาหารโปรตีน 0.8-1 กรัม / กิโลกรัม / วัน การจำกัดเกลือในอาหาร ให้น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน การควบคุมภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และการงดสูบบุหรี่

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค

ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสร้างแบบประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Health-Promoting Lifestyle II: HPLP) ของวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) แบบประเมินพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของไวเปอร์ (Wyper, 1990) และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของอลิ และเบนเนตต์ (Ali & Bennett, 1992 อ้างใน ชนิตา สุรจิตต์, 2543: 22) เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยได้มีผู้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้เช่นกัน ได้แก่ แบบประเมิน

พฤติกรรมกรรมการตรวจเด็คนด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของโสพรรณ โพทะยะ (2532) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษของสุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมโรคกระดูกพรุนของวิไลวรรณ ทองเจริญ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี แวนใจ นาคะสุวรรณ และอุษา ชูสังข์ (2539) ซึ่งใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนและวัยสูงอายุ โดยมีการประเมินพฤติกรรมใช้ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดประจำเดือนด้วย แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของพรทิพย์ ทักษิณ (2541) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของประดับ ทองใส (2541) รวมทั้งแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อของ ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542) เป็นต้น สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีผู้ใดศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีเพียงการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร มีความสำคัญมากในการรักษาโรคเบาหวาน ถึงแม้จะได้รับยารักษาเบาหวาน ก็ยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย การควบคุมอาหารคือการรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน เป็นการป้องกันหรือลดความรุนแรงของ โรคแทรกซ้อนที่จะตามมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูจิตร์ เปล่งวิทยา (2531: 20) ที่กล่าวว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะเกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือปริมาณไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะชอบรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และผลไม้ที่มีรสหวาน การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานภาคตะวันตกของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540: 66-68) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่นิยมใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ชอบรับประทานข้าวเจ้า ปลาน้ำจืด และผักกับน้ำพริก ส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และบางรายมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนผลไม้ จะรับประทานผลไม้ประเภท ส้ม ฝรั่ง ชมพู่ เนื่องจากช่วงที่ศึกษาอยู่ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ซึ่งจะมีผลไม้ดังกล่าวจำนวนมาก ส่วนผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ผลไม้สุก ทูเรียน ลิ้นจี่ ลำไย ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับประทานเนื่องจากไม่ใช่ฤดูกาล และจากการศึกษาของจารุพันธ์ สมณะ (2541: 62) ซึ่งศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีการปฏิบัติตัว

ไม่เหมาะสม คือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และรับประทานอาหารหลังรับประทานอาหารนานเกิน 1 ชั่วโมง และมีบางรายดื่มสุราร่วมด้วย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารให้เข้ากับวิถีชีวิตของตน วางแผนร่วมกับครอบครัว ในการปรุงแต่งอาหารให้เข้ากับโรคโดยพลังงานที่ได้รับขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่กระทำ (ภวานา กิริติยวงศ์, 2537: 15) โดยอาศัยแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคดังนี้

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ให้ได้พลังงานร้อยละ 50 ของพลังงานที่ควรได้รับ ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงซ้อน ที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่น อาหารประเภทแป้งและอาหารที่มีใยอาหารสูงมากกว่าอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดธรรมดา ที่มีน้ำตาลผ่านการแปรรูป ได้แก่ น้ำหวาน ขนมหวาน น้ำอัดลม ทองหยิบ ทองหยอด เป็นต้น การเลือกรับประทานผักควรเลือกรับประทานผักที่มีน้ำและกากมากกว่าผักประเภทหัว ราก ดอก เนื่องจาก ผักประเภทราก จะมีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าผักที่มีน้ำและกาก ผักที่สามารถรับประทานโดยไม่คิดแคลอรี ได้แก่ ต้นหอม แดงกวา กระหล่ำปลีสด พริกชี้ฟ้า หลีกเลียงการรับประทานผลไม้แห้ง ผลไม้เชื่อม ผลไม้กระป๋อง ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ขนุน ทูเรียน น้อยหน่า ลำไย เพราะจะทำให้ น้ำตาลในเลือดสูงเร็ว ผลไม้ควรเป็นชนิดที่มีใยอาหารประกอบเป็นส่วนมาก รสหวานน้อยได้แก่ ส้ม แดงโม และควรรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2528: 155)

อาหารประเภทไขมัน รับประทานให้ได้อ้อยละ 20 – 30 ของพลังงานที่ควรได้รับ โดยหลีกเลี่ยงอาหารมันจัดทุกชนิด แยกไขมันออกจากเนื้อที่รับประทาน หลีกเลียงการรับประทานพวกหนังสัตว์และไขมันจากสัตว์ทุกชนิด ควรเลือกรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืช ได้แก่ ข้าวโพด ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน ถั่วเหลือง หลีกเลียงการใช้ น้ำมันหมู เนย น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าวหรือกะทิในการปรุงอาหาร เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก หลีกเลียงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เพื่อป้องกันการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง สำหรับไข่เป็นอาหารที่มีประโยชน์ และจำเป็นสำหรับทุกวัย จึงไม่ควรงด ถ้ารับประทานแต่ไข่ขาวสามารถรับประทานได้ทุกวัน (วลัย อินทร์ทรัพย์, 2536: 149) และควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัดหรือทอด อาหารที่ปรุงโดยวิธีนี้ ดมย่าง หรือปิ้ง จะสามารถลดแคลอรี และไขมันลงได้

อาหารประเภทโปรตีน รับประทานให้ได้อ้อยละ 10 – 15 ของพลังงานที่ควรได้รับ ควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา นม โดยไม่ติดไขมันและหนัง จากการศึกษาพบว่า การรับประทานโปรตีนโดยไม่จำกัดในขณะที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น โอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังเร็วขึ้น การจำกัดอาหารโปรตีน ตั้งแต่ระยะแรกที่เป็นโรค จะช่วยชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ (Rosett, 1988: 143)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวาน ควรรับประทานอาหารจุบจิบ โดยรับประทานอาหารเช้า มื้อ ให้ตรงเวลาวันละ 3 มื้อ จำนวนมื้ออาหารสม่ำเสมอ รวมทั้งปริมาณอาหารในแต่ละวันควรให้เท่าๆ กัน ผู้ที่ไม่อ้วนและรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลควรรับประทานอาหารเช้า วันละ 3-4 มื้อ ถ้าได้รับยาฉีด อินซูลิน ควรรับประทานอาหารเช้าวันละประมาณ 4-6 มื้อ โดยแบ่งเป็นมื้อเล็กๆ ในปริมาณที่เท่ากัน (สุนทร ตันตันทันท์ และวลัย อินทร์ทรัพย์, 2532: 59-60) และรับประทานอาหารตามทุกครั้ง หลังจากฉีดยาหรือรับประทานยา 15-30 นาที

2. การใช้ยา สำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกัน สมศักดิ์ วราฮ์สวปติ (2535: 62-64) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลนคร พิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลนคร พิงค์ จำนวน 45 คน และติดตามสัมภาษณ์แบบลึก ร่วมกับการสังเกตที่บ้านของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 7 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแบบแผนการใช้ยาโดยคุณลักษณะเมื่อยา ภายนอก ได้แก่ รูปร่าง ขนาด และสีของเม็ดยาร่วมกับการจดจำวิธีการใช้ยา โดยผู้ป่วยไม่สนใจ ฉลากบอกวิธีใช้ยาและชื่อยา เนื่องจากการรับรู้ชื่อยาทำได้ยาก ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญ่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะเข้าใจวิธีการใช้ยาผิด หรือมีอาหารของผู้ป่วยไม่ตรงกับเวลาที่ แพทย์กำหนดให้รับประทานยา โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ รับประทานยาในบางมื้อ และมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาของโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วย บางส่วนมีการลดขนาดยา รับประทานยาในเวลาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาที่ได้รับประทานก่อน อาหารเข้า ผู้ป่วยมักรับประทานยาก่อนอาหารเกิน 30 นาที ผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับการตรวจและ รับประทานตามนัด และมีการปฏิบัติเมื่อขาดยาซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่ ซื้อยาตามตัวอย่างมา รับประทาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธี (2540: 73) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิก เบาหวานโรงพยาบาลภาคเหนือตอนล่างจำนวน 240 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายซื้อยา เบาหวานมาใช้เอง เนื่องจากบางครั้งไม่สามารถมาตรวจได้ เมื่อยาหมดจึงไปซื้อที่ร้านขายยา โดย จะนำตัวอย่างไปให้ที่ร้านขายยา ผู้ป่วยร้อยละ 17.1 ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ และการใช้สมุนไพรผู้ป่วยจะไม่บอกให้แพทย์ทราบเพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิ หรือกลัวว่าแพทย์จะ ไม่ให้ใช้

3. การสูบบุหรี่ จันทรา บริสุทธี (2540: 63) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อย

เท่านั้นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.8 ต้องอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่หรือบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามเดินหนีไปทางอื่นเมื่อมีคนสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่หรือการอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่นั้นเป็นอันตรายต่อโรคเบาหวาน ทราบเพียงแต่ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคปอด โรคหอบหืด และมีกลิ่นเหม็น

4. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (Melkus, 1993: 29 อ้างใน สุนีย์ เก่งกาจ, 2544: 32) แต่ครั้งใช้เวลาอยู่ในช่วง 20-45 นาที ถ้าใช้เวลานานกว่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำได้ หรือถ้าใช้เวลานั้นก็ไม่เกิดประโยชน์ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของธีรนนท์ วรรณศิริ (2532: 75) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิง อายุ 30-60 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 20 ราย พบว่าระดับกลูโคสในเลือดหลังการออกกำลังกายลดลงกว่าก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนจากรุณันท์ สมณะ (2541: 64) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการเชื่อมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเลือกรูปแบบในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ การวิ่งเหยาะๆ การเดินเร็วๆ การปั่นจักรยาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ์ (2540: 64) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่างพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 64.2 ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากทำไม่ไหว และคิดว่าการทำงานทุกวัน เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว บางรายบอกว่าไม่มีเวลา บางรายซื้อเช่าเสื้อและไม่เคยทำมาก่อน ทำนองเดียวกับการศึกษาของ มาลี จานงผล (2540: 74) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51.0 ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายให้เหตุผลว่าการทำงานคือการออกกำลังกายร้อยละ 32.6 ไม่มีเวลาออกกำลังกายร้อยละ 35.7 และเหนื่อยง่ายเนื่องจากสุขภาพไม่ดีร้อยละ 22.7

ดังนั้นการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการใช้ยา พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ปริมาณสารอาหารโปรตีน อาหารไขมัน และปริมาณเกลือที่ได้รับอย่างเหมาะสม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อตามความหมายของโรคิช (Rokeach, 1970: 39) คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งสามารถเร้าให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ อาจหมายถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long & Wood, 1983: 127) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัว หรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534: 30) นอกจากนี้ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2536: 40) ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมานี้ นักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผน มโนทัศน์ เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้การยอมรับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการณ์เจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำหรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าว

เป็นแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock) และในเวลาต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1996; Becker, 1974 อ้างใน Strecher & Rosenstock, 1997: 42-43)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลนั้นเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน จากแนวคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้มีการนำมาใช้ครั้งแรกโดย โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock., et al., 1974 อ้างใน Strecher & Rosenstock, 1997: 42) เพื่ออธิบายปัญหาทางสาธารณสุขในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเลวิน มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker, 1974: 20) กล่าวคือบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงรวมทั้งมีผลกระทบต่ออาการชีวิตและในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นคงต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก รวมทั้งอุปสรรคนานับประการ เป็นต้น นอกจากนี้การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือปัจจัยชักนำให้บุคคลนั้นปฏิบัติเพื่อป้องกัน ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบดังนี้ (Rosenstock, 1974 ; Maiman & Becker, 1974: 21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจว่าเกิดความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับมีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติกับการรับรู้อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือ หนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจาก สื่อมวลชนต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น ในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น ต่อมา มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่าน ได้พยายามศึกษาและเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน เบคเกอร์ (Becker) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ เพิ่มเติมจากที่โรเซนสโตก (Rosenstock) ได้ศึกษาไว้

ส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลาย ซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ ค่านิยมที่ตั้งไว้ของปัจเจกบุคคลที่มีต่อเป้าหมายและการคาดคะเนของปัจเจกบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman & Becker, 1974 ; Becker, 1990: 5) ตัวแปรทั้งสองได้นำมาใช้ในบริบทของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยมีความคล้ายคลึงกันได้แก่ ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือถ้าอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยก็มีการปฏิบัติตน ให้มีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรค และเชื่อว่าการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ เช่น คาดคะเนว่าจะลดภาวะคุกคามของโรคได้โดยขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค มีองค์ประกอบดังนี้ (Becker, 1990: 8)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะ หรือสถานการณ์หนึ่งๆ หรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกของอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม หากได้เกี่ยวข้องกับโรค เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกิดทุพพลภาพ หรือเกิดความเจ็บปวด เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงนี้ จะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางอารมณ์จากความคิดเกี่ยวกับโรคนั้น และความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นความคิดของบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการลดภาวะคุกคามจากโรค หรือการป้องกันโรคของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้นๆ

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบ ระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้นๆ เช่น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีอันตราย ไม่สะดวกสบาย หรือก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เป็นต้น ซึ่งเป็นผลจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

5. ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ การได้รับคำแนะนำ การได้รับบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์

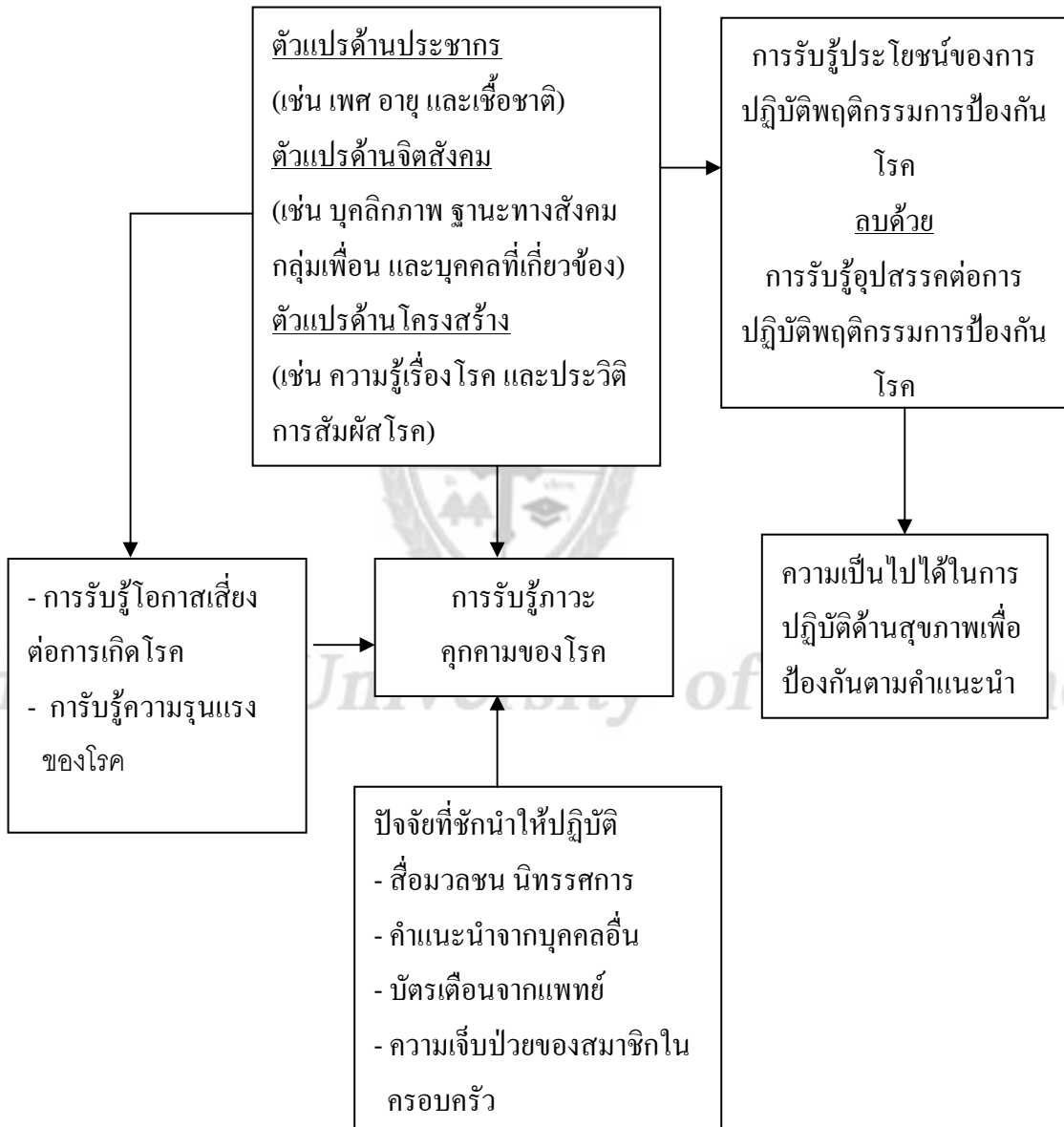
6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ (other variables) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยา การยินยอมในการตรวจรักษา เป็นต้น

สรุปจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแนวคิดตามโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์ (Becker) สร้างขึ้นใหม่ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

ความเป็นไปได้
ของการปฏิบัติพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1990: 9)

แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ที่พิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ.1974-1984 พบว่ามโนทัศน์หลักทั้ง 4 ด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายได้ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ โดยจากจำนวนผลการศึกษาทั้งสิ้น 24 รายงาน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้และมีจำนวนมากที่สุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มีจำนวนน้อยที่สุด

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง การประเมินองค์ประกอบที่สำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยมโนทัศน์การรับรู้ของบุคคล 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ในการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคภายใต้กรอบแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974a: 1-8) มีผู้นำมาสร้างเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ทั้ง 4 ด้านได้แก่ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของรุตledge (Rutledge, 1987: 117-121) และการศึกษาที่เลือกสรรเฉพาะบางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมารับการตรวจฟันจากทันตแพทย์ของคีเกลส์ (Kegeles, 1961 cited in Rosenstock, 1974c: 354-386) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีผู้สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพไว้ เช่น แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของพรทิพย์ ทักษิณ (2541) และของประดับ ทองใส (2541) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อของธีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542) โดยเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่โดยเบคเกอร์เพื่อใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วย อันประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนสุขภาพ และปัจจัยที่ชักนำให้ปฏิบัติ (Nemcek, 1990: 127-138)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ทั้ง 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้

อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยที่ชักนำให้ปฏิบัติมาัดแปลงเพื่อใช้ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค

มีการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังเช่น การศึกษาของ คัมมิง เจ็ตต์ และบร็อก (Comings, Jette & Brock, 1979 cited in Janz & Becker, 1984) ที่ศึกษาเรื่องการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ของโครงการณรงค์เพื่อประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 286 คน พบว่า มโนทัศน์ด้านการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ของความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับการรับการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าวเช่นกัน จากการศึกษาของโสพรรณ โปะทะยะ (2532) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน คือ พยาบาล ครู พนักงานหรือลูกจ้างในร้าน และพนักงานหรือคนงานในโรงงาน จำนวน 750 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของไวรัสตับอักเสบบีในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบบีในหน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รวมทั้งการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) เรื่องความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อายุ 25-60 ปี จำนวน 400 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของประดับ ทองใส (2541) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

ปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑลในสตรีที่แต่งงานแล้วจำนวน 400 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974a) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อตามการรับรู้ของตนเองว่า ตนเองเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลในช่วงปี ค.ศ.1974-1984 ที่รวบรวมโดย เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ในจำนวน 24 รายงาน พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมพันธุกรรม และสามารถอธิบายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ รวมทั้งการศึกษาของไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่ศึกษาในเรื่องตัวแปรที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และวัยสูงอายุที่มีการศึกษาคี จำนวน 202 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองนอกจากนี้ มุนด์ท์ (Mundt, 1992) ได้ศึกษาเรื่องวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีและการรับวัคซีนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวน 194 คนใน 44 รัฐ ของประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งในประเทศแคนาดา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของพยาบาล ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ สิริพร พงษ์โกศา (2532) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดต่อของโรคไปสู่บุตรและบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาบางรายงานพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะกลุ่มประชากรสถานที่ และเวลาในการศึกษา เป็นต้น (Rosenstock, 1974a) ดังเช่นการศึกษาของรัทเลดจ์ (Rutledge, 1987) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี จำนวน 130 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การศึกษาของยูพิน เพ็ชรมงคล (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ในระยะตั้งครรถ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรถ์แรก และการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี

การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

แจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้รวบรวมรายงานผลการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในต่างประเทศระหว่างปี ค.ศ.1974-1984 จำนวน 24 รายงาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 36 ของจำนวนรายงานทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีการศึกษาของ คัมมิ่ง เจ็ตต์ และบร็อก (Comings, Jette & Brock, 1979 cited in Janz & Becker, 1984) ที่ศึกษาเรื่องการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ของโครงการณรงค์เพื่อประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 286 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขหวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ของกลุ่มประชาชน การศึกษาของโรเซนสโตค เดอร์วเบอร์รี่ และคาร์ริเจอร์ (Rosenstock, Derrvberry & Carriger, 1959 cited in Rosenstock, 1974b) ที่ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ถึงผลการตอบรับของประชาชนต่อการมารับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโปลิโอมีผลต่อการมารับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอของกลุ่มประชาชนเช่นกัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532) เรื่องการศึกษาคำรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในหน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบีไปสู่บุตรและบุคคลในครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค และการศึกษาของ ยูพิน เพ็ชรมงคล (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรถ์แรก พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในระยะตั้งครรถ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรถ์แรก

ผลการศึกษารัตเลดจ์ (Rutledge, 1987) พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่นการศึกษาของเบคเกอร์ กาเต โรเซนสโตคและรูธ (Becker, rosenstock & Ruth, 1971 cited in Rosenstock, 1974b) เรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการตรวจหาพาหะของโรคത്യ-แซคของประชาชนกลุ่มคนเชื้อชาติยิวในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคത്യ-แซค

ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจเพื่อค้นหาการเป็นพาหะของโรค ในประเทศสหรัฐอเมริกา สอดคล้องกับการศึกษาของไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุที่มีการศึกษาดี และการศึกษาของมุนด์ (Mundt, 1992) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแคนาดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากาวิละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้รวบรวมรายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในต่างประเทศระหว่างปี ค.ศ.1974-1984 จำนวน 24 รายงาน ผลการศึกษาของโรเซนสต็อก เดอร์วเบอร์รี่ และคาร์ริเจอร์ (Rosenstock Derrvberry & Carriger, 1959 cited in Rosenstock, 1974b) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโปลิโอในด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย มีผลให้ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริการับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ การศึกษาของรัทเลจ (Rutledge, 1987) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งด้านความถี่และความละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุที่มีการศึกษาดีในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของศิริพร พงษ์โกศา (2532) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไปสู่บุตรและบุคคลในครอบครัวของสตรีหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค การศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาของรันดอลด์และวีลเลอร์ (Rundal & Wheeler, 1979, cited in Janz & Becker, 1974) ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบของรายได้ต่อการมารับการตรวจร่างกาย เพื่อป้องกันโรคจากแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจร่างกายของกลุ่มประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้องบางรายงานพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของสตีลล์แมน (Stillman, 1977: 121 อ้างในชนิดา สุรจิตต์, 2543: 31) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีโรคมะเร็ง

เด้านมและการตรวจเด้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติ การตรวจเด้านมด้วยตนเอง แม้ว่าจะรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเด้านมด้วยตนเอง

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรครักับพฤติกรรมการป้องกันโรค

แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้รวบรวมรายงานผลการศึกษากี่ยวกับความเชื่อเด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในต่างประเทศระหว่างปี ค.ศ.1974-1984 จำนวน 24 รายงาน พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้จำนวนมากที่สุดดังเช่น การศึกษาของของรันดอลล์และวิลเลอร์ (Rundall & Wheeler, 1979 cited in Janz & Becker, 1974) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคจากแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจร่างกายของกลุ่มประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีอุปสรรคเด้านค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผลการศึกษาของรัทเลจ (Rutledge, 1987) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเด้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเด้านมด้วยตนเองของสตรีชนชั้นกลางอายุระหว่าง 25-85 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวเปอร์ (Wyper, 1990) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเด้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเด้านมด้วยตนเองทั้งในเด้านความถี่และความละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจเด้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และสตรีวัยสูงอายุที่มีการศึกษาดีในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของศิริพร พงษ์โภค (2532) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อโรคไวรัสตับอักเสบบีในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค การศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ เพื่อตรวจหา มะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งการศึกษาของจิตอาวี ศรีอาคะ (2543) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้อุปสรรคต่อการออกก่ำร่างกายและพฤติกรรมการออกก่ำร่างกายที่ปฏิบัติ ในโรงพยาบาลน่านนั้น พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนต่อการออกก่ำร่างกายโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกก่ำร่างกายของพยาบาลโรงพยาบาลน่าน โดยพบว่าเวลาและความพร้อมของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกก่ำร่างกาย

ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ

สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ การได้รับคำแนะนำหรือการได้รับบัตรเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าความพยายามในการศึกษาปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ เพื่อใช้ทำนายการปฏิบัติเด้านสุขภาพนี้ยังมีน้อย จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาแล้ว พบว่าความเชื่อเด้านสุขภาพมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคร โดยบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร การรับรู้ความรุนแรงของโรคร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อกำบังการเกิดโรคร การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน รวมทั้งมีปัจจัยที่ชักนำให้ปฏิบัติ บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมกำบังการเกิดโรครขึ้น

โรครไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครได้ และสาเหตุต่างๆ เหล่านี้เกิดจากการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหรือเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยนั่นเอง ทั้งที่ในคลินิกเบาหวานได้มีการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่มารับการตรวจโดยแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยเก่าและใหม่ การให้สุศึกษาจะครอบคลุมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาหรือฉีดยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเพื่อกำบังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30- 60 นาที ช่วงระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ การให้สุศึกษาประกอบด้วยบรรยาย การใช้กลุ่มผู้ป่วยช่วยสอน สาธิตการปฏิบัติ การฉายวิดีโอ และการแจกแผ่นพับ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะมีการส่งพบโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารเป็นรายบุคคล และในการกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรังจากเบาหวาน คลินิกเบาหวานได้ประสานกับหน่วยไตเทียมในการให้สุศึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรังแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรังเดือนละหนึ่งครั้ง ไม่ได้แยกผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือไม่ และขาดการคัดกรองโรครไตจากเบาหวานในระยะเริ่มแรก มักพบผู้ป่วยมีภาวะโรครไตเรื้อรังหลังจากผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นตา จากการปฏิบัติดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง มีผู้ป่วยเบาหวานหลายรายต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉิน

ทั้งนี้จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถกำบังโรครไตเรื้อรังจากโรครเบาหวานได้ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครไตเรื้อรังสูง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรครร่วมกับมีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรครไตเรื้อรังที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของการเกิดโรครไตเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้ เกิดพฤติกรรมกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรังได้ แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรัง ซึ่งต้องมีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังการเกิดโรครไตเรื้อรัง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการกำบังโรครไตเรื้อรังในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครไตเรื้อรังต่ำ ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรครไตเรื้อรังจากเบาหวานน้อย

และการรับรู้อุปสรรคมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ร่วมกับไม่มีสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ก็จะไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990: 9)



Christian University of Thailand

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบ one short cause study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากตัวแปรดังกล่าว โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1990) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม เลือกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) ที่มีการจัดตัวแปรแทรกซ้อนโดยวิธี removing variables เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2549 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1.เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และได้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

2.เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับซีรัมครีอะตินินตั้งแต่ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปหรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มAngiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) หรือได้รับยา Angiotensin II receptor blocker (ARB)

3.อายุ 40 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

4. สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบโควตา (Quota sampling) ที่มีการจัดตัวแปรแทรกซ้อน โดยวิธี removing variables ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจที่คลินิกเบาหวานทุกวันพุธ จำนวนประมาณ 200- 250 คนต่อวัน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2549 จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากหลักเกณฑ์ของเคอร์ลิงเจอร์ และแพดฮาเซอร์ (Kerlinger and padhazer, 1973 อ้างในรัชชัย วรพงศธร, 2538: 60) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$n/k \geq 30$$

โดย n = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อ 1 ตัวแปร

k = จำนวนตัวแปรอิสระ

การวิจัยครั้งนี้ จำนวนตัวแปรอิสระเท่ากับ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

จากการแทนค่าในสูตร จะได้

$$\begin{aligned} n &= 30 \times 7 \\ &= 210 \end{aligned}$$

ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 210 ราย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 220 ราย และคัดออกจำนวน 10 รายเนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน

สถานที่ศึกษาผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนเตียงทั้งหมด 340 เตียง และเปิดให้บริการคลินิกเบาหวานทุกวันพุธเวลา 9.00น.- 12.00 น. ในคลินิกเบาหวานได้มีการสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่มารับการตรวจ โดยแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยเก่าและใหม่ การสอนสุขศึกษานั้นจะครอบคลุมถึงการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การฉีดยา และการออกกำลังกาย รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 30- 60 นาที ช่วงระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ ในการสอนสุขศึกษาได้มีการใช้เทคนิคต่างๆ มาประกอบการสอน เช่น การบรรยาย การใช้กลุ่มผู้ป่วยช่วยสอน สาธิตการปฏิบัติ การฉายวิดีโอ และการแจกแผ่นพับ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะมีการส่งพบโภชนากรเพื่อให้คำแนะนำ

คลินิกเบาหวานได้ประสานกับหน่วยไตเทียมในการให้สุศึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังเดือนละหนึ่งครั้งโดยไม่ได้แยกว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือรายเก่า ไม่ได้คัดกรองและจัดกลุ่มของผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจึงมักพบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะของโรคไตเรื้อรังหลังจาก ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางตาจากเบาหวาน การปฏิบัติดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง มีผู้ป่วยเบาหวานหลายรายต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1990) และจากศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ครอบคลุม 5 ด้าน ประกอบด้วย

- 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-6)
- 2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 7-12)
- 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 13 – 19)
- 2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 20 – 26)

2.5 ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตน จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 27 – 36)

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูล ความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ข้อความด้านลบได้แก่ข้อความในข้อที่ 9 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของ การเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้

ประเมินตนเอง ตามความคิดเห็นของตนเองว่าเห็นด้วย มากน้อยเพียงใดตามขอความที่ได้ระบุไว้ในแบบสอบถาม โดยประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยมาก
เห็นด้วยพอควร	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยปานกลาง
เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยเลย

การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งข้อความที่เป็นไปในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

Christian University of Thailand

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4	2 คะแนน
เห็นด้วยพอควร	ให้ 3	3 คะแนน
เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย	ให้ 2	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน สามารถแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมรายด้านและรายข้อ จากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) โดยถือเกณฑ์การตัดสินคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542: 34)

1.00 – 1.49	ไม่มีความเชื่อเลย
1.50 – 2.49	มีความเชื่อเพียงเล็กน้อย
2.50 – 3.49	มีความเชื่อปานกลาง
3.50 – 4.49	มีความเชื่อมาก
4.50 – 5.00	มีความเชื่อมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 ข้อ คะแนนอยู่

ในช่วงคะแนน ลักษณะแบบสอบถาม เป็นข้อความที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ (ข้อความด้านลบ ได้แก่ข้อที่ 10 ,11, 21, 23, 28, 29, 30, 31และข้อที่ 34) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอทุกวันหรือกระทำทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบกระทำเป็นส่วนน้อยหรือกระทำนานๆครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งข้อความที่เป็นไปในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1	3	คะแนน

การแปลผลระดับ คะแนนพฤติกรรมกำบังโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคไตเรื้อรังเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี การปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนแบบจัดข้อมูลเป็นชั้นหรือกลุ่ม (Group data) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร ขัมภลิจิต และ ทศนีย์ นะแส, 2539: 271) คือ ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนระดับ ดังนี้

การปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.00
การปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง	ช่วงคะแนน	1.67 – 2.33
การปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	ช่วงคะแนน	1.00 – 1.66

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลโพธาราม	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม	1	ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน
 หลังตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็น
 ของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิด
 ที่ 2 จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช
 (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ (ยูดี ฤชา และคณะ, 2540 : 127)

$$\alpha = n/n-1 [1 - \sum Si^2 / St^2]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของเครื่องมือ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง = 0.7204
2. แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 = 0.7001

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์
 ของการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หากกลุ่ม
 ตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
 (ภาคผนวก) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย
 จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยการนำเสนอผลการวิจัยใน
 ภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัย แม้อยู่ระหว่างการให้ข้อมูล ผู้วิจัยยินดียุติการ
 สัมภาษณ์ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ขณะให้ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สบายจากการเจ็บป่วยผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์
 และให้การดูแลช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยตามมาตรฐานวิชาชีพจนอาการดีขึ้น และประเมินความพร้อม
 ของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดี
 ให้ข้อมูลผู้วิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไป อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีการยุติการ
 สัมภาษณ์หรือยุติการตอบแบบสอบถามด้วยเหตุผลดังกล่าวแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธารามแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโพธาราม เพื่อชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจที่คลินิกเบาหวานทุกวันพุธ จำนวนประมาณ 200- 250 คนต่อวันระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2549 จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 210 คน

4.2 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจ หรือขณะรอรับยา แล้วทำการสัมภาษณ์ในห้องให้คำปรึกษาตึกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบว่า การเก็บข้อมูลจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ จึงอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ ในระหว่างสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ ผู้วิจัยจะยุติการสอบถาม และการยุติครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย

4.3 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ตามลำดับ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย แล้วอธิบายจนเป็นที่พอใจ จึงยุติและกล่าวขอบคุณ

4.4 นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

4.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมาวิเคราะห์คะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้วนำคะแนนมาดำเนินการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์โดยรวม และวิเคราะห์จำแนกตามรายด้าน แล้วแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยหาค่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้านกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
5. วิเคราะห์หาความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไทรเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็นค่าร้อยละ จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลรายด้านและโดยรวม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมและรายด้านต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์หาความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน n = 210

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	29.0
หญิง	149	71.0
อายุของกลุ่มตัวอย่าง (ปี)		
40 – 60 ปี	27	12.9
60 – 80 ปี	183	87.1
อายุเฉลี่ย 68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.22 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	7.1
ประถมศึกษา	186	88.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	4.3
รายได้		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	41	19.5
2,001 – 4,000 บาท	106	50.5
4,001 – 6,000 บาท	32	15.2
6,000 บาทขึ้นไป	31	14.8
รายได้เฉลี่ย 4,643 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	110	52.8
ไม่เพียงพอ	100	47.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน		
5 – 10 ปี	189	90
มากกว่า 10 ปี	21	10
ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานเฉลี่ย = 8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.55 ปี		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 เพศชาย ร้อยละ 29 และเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 87.1 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-80 ปี มีอายุเฉลี่ย 68 ปี อายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ 55 ปี อายุสูงสุด 80 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 88.6 ของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 7.16 กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมต้นก่อนข้างน้อยร้อยละ 4.3 และไม่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมปลายเป็นต้นไป เมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัวพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ อยู่ในช่วง 2,001 – 4,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50.5 มีรายได้เฉลี่ย 4,643 บาท ต่อเดือน และมีความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมาก่อนข้างนาน เวลาเฉลี่ยของการเป็นเบาหวานอยู่ที่ 8 ปี ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี ร้อยละ 90

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม
(n = 210)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม	4.18	0.14	มีความเชื่อมาก
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไตเรื้อรัง	4.71	0.29	มีความเชื่อมากที่สุด
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.48	0.23	มีความเชื่อมาก
- ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง	3.92	0.32	มีความเชื่อมาก
- ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ	3.91	0.20	มีความเชื่อมาก
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง	3.89	0.27	มีความเชื่อมาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม
เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มีความเชื่อมากเท่ากับ 4.18 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ
ตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน มี
ระดับความเชื่อมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 รองลงมาคือ
ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ
0.23 ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนระดับคะแนนเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ
0.32 ด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 ด้านการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคไตเรื้อรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 ตามลำดับและความเชื่อด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรัง มีระดับคะแนนความเชื่อเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านสุขภาพทั้งความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวของข้อมูล ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรังโดยรวมและรายด้านน้อยหรือเกือบจะไม่มี ความแตกต่างกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรังคล้ายคลึงกันมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลระดับคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 210)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยรวม	2.31	0.465	ปานกลาง
- พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่	2.47	0.500	ดี
- พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร	2.43	0.574	ดี
- พฤติกรรมด้านการใช้ยา	2.13	0.870	ปานกลาง
- พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.68	0.617	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรังโดยรวม มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเท่ากับ 2.31 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรังในพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ดี และเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติสูงที่สุดเท่ากับ 2.47 รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงมีคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 2.43 ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ยา มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.13 และพบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เป็นด้านที่มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.68 เมื่อพิจารณาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคไตเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน พบว่า มีการกระจายของข้อมูลน้อยไม่แตกต่างกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานคล้ายคลึงกัน ยกเว้นพฤติกรรมด้านการใช้ยา ที่มีการกระจายของข้อมูลมากกว่า

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้โดยรวมและรายด้าน กับคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้โดยรวมและรายด้าน กับคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง	
	r	p- value
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม	.144*	0.03
ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้รายด้าน		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.060	0.38
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	.031	0.65
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.096	0.16
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค		
ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ	.023	0.74
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค		
ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ	.149*	0.03

* p – value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

โรคไคเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = 1.44$, $r = 1.49$ ตามลำดับ)

ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ และระดับการศึกษา กับคะแนนพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ และระดับการศึกษา กับ คะแนนพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ลักษณะประชากร	พฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรัง	
	r	p- value
รายได้	-.109	0.115
ระดับการศึกษา	-.226**	0.001

** p- value < 0.01

จากตารางที่ 5 พบว่า รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรังที่ระดับ 0.05 ($r = -.109$, $p > 0.05$) ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.221$, $p < 0.01$)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านประชากรต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคไคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรัง	b	Beta	t	p – value
ระดับการศึกษา	- 3.996	-0.260	-4.071	0.000
ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกรเป็นโรคไ้เรื้อรัง	7.155	0.239	3.736	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกรเกิดโรคไ้เรื้อรัง	4.864	0.209	3.274	0.001
Constant (a) = 40.449				
R= 0.402		R ² = 0.162	R ² change = 0.044	F = 13.243

p- value < 0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกรเกิดโรคไ้เรื้อรัง และความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกรเกิดโรคไ้เรื้อรัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.162 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวได้แก่ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกรเกิดโรคไ้เรื้อรัง และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกรเกิดโรคไ้เรื้อรัง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังได้ร้อยละ 16.2 (p-value < 0.01)

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในรูปของคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2$$

$$\hat{Y} (\text{PBC}) = 40.449 - 3.996 (\text{Education}) + 7.155 (\text{Motivate}) + 4.864 (\text{Benefits})$$

โดยที่	PBC	= พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
	Education	= ระดับการศึกษา
	Motivate	= ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ด้านปัจจัยชัก นำให้ปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
	Benefits	= ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังด้านประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากสมการแสดงว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 3.996 หมายความว่า เมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจะลดลงเท่ากับ 3.996 คะแนน

ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 7.155 หมายความว่าเมื่อคะแนนด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7.155 คะแนน

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 4.864 หมายความว่าเมื่อคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.864 คะแนน

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครั้งนี้ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษครั้งนี้พบว่าพบว่าคุณสมบัติมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมีความเชื่อมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าคุณสมบัติมีความเชื่อมาก มีการรับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังรับรู้ที่โรคไตเรื้อรังมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ของตนเองและถ้าสามารถปฏิบัติตน ได้ตามคำแนะนำเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานจะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณสมบัติมีการรับรู้รายด้านในแต่ละด้านอยู่ในระดับมีความเชื่อมาก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 รองลงมาได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 และ 3.91 และ 3.89 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มีระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จากเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมเดือนละหนึ่งครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเห็นผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเท่ากับ 2.31 เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนการปฏิบัติสูงที่สุดคือ พฤติกรรมกำรป้องกันโรคไตเรื้อรังในด้านการสูบบุหรี่ มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 2.47 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับ 2.43 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานมานาน ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน นักโภชนาการและจากเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรรับประทานอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้ยา มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเท่ากับ 2.13 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-80 ปี ถึงร้อยละ 87.1 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ วรอัศวปติ (2535: 62-64) ที่ว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการใช้ยาโดยดูลักษณะเมื่อยกายนอก ได้แก่ รูปร่างของยา ขนาดและสีของเม็ดยาร่วมกับจดจำวิธีการใช้ยาโดยผู้ป่วยไม่สนใจฉลากบอกวิธีใช้ยา ชื่อยา เนื่องจากชื่อยาจำได้ยาก ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะเข้าใจวิธีการใช้ยาผิดและรับประทานยาไม่ถูกเวลาโดยเฉพาะยาก่อนอาหารเข้าสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร่า บริสุทธิ์ (2540: 73) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายชื่อยาเบาหวานมาใช้เอง บางรายจะนำตัวอย่างยาไปให้ที่ร้านดู เนื่องจากไม่สามารถมาตรวจที่โรงพยาบาลได้และมีผู้ป่วยร้อยละ 17.1 ใช้ยาสมุนไพร ยาหม้อ ร่วมกับการรักษาของแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ วิณิชกุลและ ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข (2541: 36) ที่ศึกษาพฤติกรรมกำรใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานวชิรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตามแพทย์ถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้และผู้ป่วยเบาหวานเกือบครึ่งมีประสบการณ์ในการทดลองรักษาเบาหวานด้วยการกินยาหม้อหรือยาสมุนไพร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เป็นด้านที่มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.68 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน พันธุโยคี (2539: 52) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.1 (ตารางที่ 1) เป็นผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ยังต้องประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองลักษณะอาชีพที่ต้องใช้แรงงานทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากอาชีพทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจว่าการที่ตนเองทำงานบ้านหรืองานอาชีพนั้น เป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกายซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี จำนวนผล (2540: 74) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงโรคเบาหวาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีความเข้าใจว่าการทำงานที่ต้องใช้แรงทุกวันเป็นการออกกำลังกาย และเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ไม่มีเวลา นอกจากนี้ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมไทยยังมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุควรอยู่ในวัยพักผ่อน ไม่ต้องทำงานที่ออกแรง ดังนั้นการออกกำลังกายที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ หรือการขี่จักรยาน จึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (วาสนา เกื่อนวงศ์, 2540: 122) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542: 48) เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่มีการออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่าอายุคนแก่บ้าน กลัวเขาว่าเป็นบ้า แก่แล้วยังออกกำลังกายอีก

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยรวม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.140$, $P - \text{value} < 0.01$) รวมทั้งความเชื่อด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.149$, $P - \text{value} < 0.05$) ซึ่งผลการศึกษาแสดงการสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ด้านความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ด้านประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง และความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง ($P - \text{value} > 0.05$)

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง นั่นหมายความว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรัง โดยหากผู้ป่วยมี

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมากก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับที่สูง ทั้งนี้ อธิบายยืนยันได้ตามทฤษฎีของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยคือบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใด หรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความพิการ มีความเจ็บปวด หรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคนั้นจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรค ในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำและบัตรเตือนจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (Becker, 1990: 8-12) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าวที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น ผลการศึกษาของเกศินี ไช้ชนิด (2536: 64-65) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวาน สำหรับการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543: 49) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี และผลการศึกษาของกาญจนา โม้มมาลา (2547: 54) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35-59 ปี และจากการศึกษาของกาญจนา โม้มมาลา (2547: 54) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 - 59 ปี อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามรายด้านนั้นพบว่า มีเพียงด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ($r = 0.149$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้ เช่น จากการศึกษาของวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538: 44) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ จากการศึกษาของเยาวเรศ สมทรัพย์ (2543: 54) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีมาก่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของแชมเปียน (Champion, 1991: 211 อ้างในชนิดา สุรจิตต์, 2543: 48) พบว่าความ

เชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปของสหรัฐอเมริกา

วัตถุประสงค์ที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษานี้ พบว่า รายได้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลานมีความเพียงพอของรายได้ถึงร้อยละ 52.8 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งเข้าถึงทุกบ้าน กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาโรงพยาบาลสะดวก ทำให้สามารถรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาได้เท่าเทียมกัน

ส่วนระดับการศึกษาของผู้ป่วยนั้นมีความเกี่ยวข้องในทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง หมายความว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 88.6 ซึ่งตระหนักดีว่าความรู้ในระบบการศึกษาของตนเองมีน้อย จึงได้พยายามขวนขวายหาความรู้ และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคให้มากขึ้นนอกจากนั้นอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 87.1 ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มักอยู่ในความดูแลของบุตรหลาน ที่เป็นผู้ดูแล (Caregiver) การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังจึงมักได้รับการสนับสนุนและกำกับดูแลโดยผู้ดูแลเป็นหลัก จากผลการวิจัยดังกล่าว สมมติฐานข้อที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน

วัตถุประสงค์ที่ 5 ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยด้านประชากรต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษารังนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถช่วยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้คือ ความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตัวแปรทั้งสองนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และระดับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบแต่ทั้งสามตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 16.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 แสดงว่าระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แม้ว่าจะทำนายได้น้อยมาก ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ประกอบด้วยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหลืออีกร้อยละ 83.8 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษารังนี้เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยรังนี้อาจได้แก่ อิทธิพลด้านสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน การรับรู้บทบาท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระยะเวลาในการเป็นโรค

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ที่ใช้ในการศึกษารังนี้ สรุปได้ว่าผลการวิจัยรังนี้สามารถสนับสนุนการใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้บางส่วน และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังคือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมสามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แต่ยังไม่มากพอและเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ซึ่งได้แก่การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ การได้รับบัตรเตือนจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ดังนั้นผลการศึกษารังนี้จึงชี้ให้เห็นว่า อาจมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ได้นำมาศึกษาในรังนี้เช่น การศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 44) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเอง

ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และจากการศึกษาของเขวเรศ สมทรัพย์ (2543: 54) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษาของแชมเปียน (Champion,1991: 211 อ้างใน ชนิดา สุรจิตต์, 2543: 48) พบว่าความเชื่อมั่นหรือความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปของสหรัฐอเมริกา



Christian University of Thailand

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบ one short cause study เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมทั้งศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปร ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 โดยผู้ป่วย ที่ศึกษาต้องเข้ารับการรักษาที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม ที่มีระดับซีรั่มครีอะตินินตั้งแต่ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปหรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Angiotensin Converting inhibitor (ACEI) หรือได้รับยา Angiotensin II receptor blocker (ARB) อายุ 40 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 210 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) ที่มีการจัดตัวแปรแทรกซ้อน โดยวิธี removing variables ตามคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

2. ประเมินหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวม รายด้าน และปัจจัยด้านประชากรต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์หาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการศึกษาวิจัย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนเพศชายคิดเป็นร้อยละ 19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.1 อายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.9 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 68 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,001 – 4,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,643 บาท และประมาณครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้คิดเป็นร้อยละ 52.6 มีระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานมานานระหว่าง 5 – 10 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90 ระยะเวลา ในการเป็นเบาหวาน เฉลี่ยอยู่ที่ 8 ปี

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อโดยรวม อยู่ในระดับมีความเชื่อมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับมีความเชื่อมาก และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่ออยู่ในระดับมีความเชื่อมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 รองลงมาคือความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเชื่อมากเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความเชื่อมาก 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความเชื่อมากเท่ากับ 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 และการรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความเชื่อมากเท่ากับ 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 ซึ่งเป็นความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับความเชื่อที่น้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายของข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.465 มีการกระจายของข้อมูลน้อย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในด้านการสูบบุหรี่สูงสุด โดยมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.574 พฤติกรรมด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.870 และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในด้านการออกกำลังกายต่ำที่สุด โดยมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.617 และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังรายด้าน มีการกระจายของข้อมูลน้อยเช่นเดียวกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .144$, $p\text{-value} < 0.05$) และ ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .149$, $p\text{-value} < 0.05$)

ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ด้านความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และรวมทั้งด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} > 0.05$)

4. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} > 0.05$) แต่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = -.226$, $p = 0.001$)

5. ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตนป้องกันโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังและปัจจัยด้านประชากรได้แก่ ระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 16.2 ($R^2 = 0.162$) และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมที่สุดในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้ คือ

$$\hat{Y}(\text{PBC}) = 40.449 - 3.996 (\text{Education}) + 7.155 (\text{Motivate}) + 4.864 (\text{Benefits})$$

โดยที่ PBC	=	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
Education	=	ระดับการศึกษา
Motivate	=	ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ด้านปัจจัยชัก นำให้ปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
Benefits	=	ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังด้านประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมีความเชื่อมาก และรายด้านโดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ มีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังจากการเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ความเชื่อสุขภาพด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อีกทั้งความเชื่อด้านสุขภาพในด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังและปัจจัยด้านประชากร ซึ่งได้แก่ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน โดยใช้ข้อมูลผลการวิจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ด้านปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังทั้งจากเจ้าหน้าที่ และสื่อต่างๆ การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มผู้ป่วย เป็นต้น มาเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น และต้องจัดการกับปัจจัยที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรัง

2. จัดโครงการการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากระยะเวลาของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรค และเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น

3. จัดโครงการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ การจัดบอร์ดที่ตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอายุรกรรม คลินิกพิเศษที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง การประกาศเสียงตามสายในสัปดาห์วันไตโลก การฉายวีดิทัศน์ทั้งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยทั่วไป อย่างต่อเนื่อง

4. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความเชื่อตามการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมีความเชื่อมากแต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรได้มีการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อไป

5. จัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการใช้ยาและพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะเพื่อที่จะไปสู่การจัดระบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย



Christian University of Thailand

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กาญจนา โม่มมาลา. (2547). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 35 - 59 ปี หมู่ที่ 1, 2, 3 และ 7 ตำบลคลองตากคต อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. รายงานวิจัย.
- กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2548). สถิติสำหรับงานวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กานดา ออประเสริฐ. (2537). “การพยาบาลกับปัญหาผู้ป่วย Hemodialysis.” การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. ใน อุษณา ลูวีระ พรรณบุปผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชย์การ (บรรณาธิการ). (หน้า 149-153). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2548). “Initiation of Renal Replacement Therapy.” ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และ ธนันดา ตระการวณิช (บรรณาธิการ). **PRACTICAL HEMODIALYSIS**. (หน้า 30-33). กรุงเทพฯ: Text and Journal.
- เกศินี ไช้เนิล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2536). “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก.” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการ พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช (หน้า 815-823). กรุงเทพฯ: สหมิตร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2543). สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- จันทร์ธา บริสุทธิ์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอน ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุพันธ์ สมณะ. (2541). การสอนอย่างมีแบบแผน และการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฬารพร ตั้งตระกูล. (2538). ผลการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน อำนาจภายนอก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนิดา สุรจิตต์. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชูจิตร เปล่งวิทยา. (2531). “ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรคเบาหวาน.” วารสารเบาหวาน. 20(7) : 5-19

ชูดาวดี รัตนจิตเกษม. (2537). “จิตวิทยาการดูแลผู้ป่วย Dialysis.” ใน อุษณา ลูวีระ พรรณบุปผา ชูวีเชียร และ สุพัฒน์ วาณิชย์การ. (บรรณาธิการ). การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. (หน้า271-293). กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น.

ดวงเดือน พันธุโยคี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไทรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และ เกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). **Nephrology** (หน้า 1223 – 1267). กรุงเทพฯ: Text and Journal.

ถนอม สุภาพร. (2545). “หลักการรักษาโรคไตเรื้อรัง.” ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุและ อนุตตร จิตตินันท์ (บรรณาธิการ). การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการฟอกเลือด (หน้า 62). กรุงเทพฯ: โรชไทยแลนด์ จำกัด.

ถนอม สุภาพร และคณะ. (2547). การลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย รายงานปี 2545-2547. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

ถนอม สุภาพร.(2547). “สถานการณ์การรักษาโรคไตโดยวิธีการฟอกเลือด”. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล (บรรณาธิการ).วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 12(2) : 133.

ทวี ศิริวงศ์. (2545). “การล้างไตในยุค พรบ.หลักประกันสุขภาพ.” ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). การล้างไตในยุค พรบ.หลักประกันสุขภาพ (หน้า 16). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทวี ศิริวงศ์. (2547). “แนวปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต” ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 10(1): 6-14

ทวี ศิริวงศ์. (2548). “การคัดกรองเพื่อค้นหาโรคไตเรื้อรัง.” ใน เกரியง ตั้งสง่า วสันต์ สุเมธ และ ชันนดา ตระการวานิช (บรรณาธิการ). การค้นหาแนวทางปฏิบัติตัวและการรักษาโรคไตเรื้อรัง. (หน้า 7-8). กรุงเทพฯ: โรชไทยแลนด์ จำกัด.

เทพ หิมะทองคำ. (2539). “บทนำ.” ใน รัชตะ รัชตะนาวิณ และ ธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์ (หน้า 15-19). กรุงเทพฯ: นำขรการพิมพ์.

เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2543). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.

ชนวัฒน์ โตสุขวงศ์.(2543). “Hemodialysis.” ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). **Nephrology**. (หน้า 1299-1356). กรุงเทพฯ: Text and Journal.

ชันนดา ตระการวานิช. (2542). “การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อและจิตเวช ในผู้ป่วย Dialysis.” ใน เกரியง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). **Hemodialysis**. (หน้า 726-740). กรุงเทพฯ: Text and Journal.

ธารารัตน์ ดวงแข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2532). การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2538). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนัก

พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. (2545). “พุงไม่ใหญ่โยเล่ต้องออกกำลังกาย.” นิตยสารบันทึกคุณแม่.

5(66).

ประดับ ทองใส. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงาน
อุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภัทร์ โสทธิโสภา. (2542). “อาหารผู้ป่วยเบาหวาน.” ใน สุนิตย์ จันทรประเสริฐ และสมพงษ์
สุวรรณวลัยกร. (บรรณาธิการ). **Diabetic Educator Handbook**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์
แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.

ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). ทักษะการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ:
ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.
กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประภาศิริ กำแพงทอง. (2548). ประสบการณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ประสาน หอมพลู และทิพวรรณ หอมพลู. (2537). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: พิเศษการพิมพ์.

ปรศนี ศรีวิชัย. (2540). ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื่อเฉียบพลัน

ระบบหายใจ ของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล
จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพย์ ทักษิณ. (2541). โรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิง

อาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงพยอม การภิญโญ. (2536). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ

ร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักงาน

- ทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
 พงษ์อมร บุญนาถ. (2542). **เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน: การทบทวนปัจจัยด้าน
 พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
 สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). **วิจัยทางการแพทย์: หลักการ
 และกระบวนการ.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. (2540). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก.**
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. (2545). **เบาหวานกับการรักษาตนเอง.** (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
 รวมทรศน์.
- ภavana กิรติยดวงศ์. (2537). **การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับโรงพยาบาล
 ประจำจังหวัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรยาท ณ นคร. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ในการดูแลตนเองกับ
 พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.** รายงานการวิจัยทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา มัตติโก. (2534). **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.**
 กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลี จำนวนผล. (2540). **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออก.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม
 ปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. (2540). **วิจัยทางการแพทย์.** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สยามศิลปการพิมพ์.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับ
 พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.** วิทยานิพนธ์
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เยาวเรศ สมทรัพย์. (2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลา.
- รักพงศ์ เวียงเจริญ. (2545). “เบาหวานกับภาวะแทรกซ้อนทางไต”. ใน ประเสริฐ กิจจารุ และ อนุตรจิต ตินันทรณ์ (บรรณาธิการ). **การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการฟอกเลือด.** (หน้า 15). กรุงเทพฯ: ไรซ์ไทยแลนด์ จำกัด.
- รัชสุรีย์ จันทเพชร. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยคัดสรรบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู กาวิละ. (2537). **ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลีนา อองอาจยุทธ. (2545). “โรคไตจากเบาหวาน.” ใน ประเสริฐ กิจจารุ และ อนุตร จิตตินันทรณ์ (บรรณาธิการ). **การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการฟอกเลือด.** (หน้า 46-51). กรุงเทพฯ: ไรซ์ไทยแลนด์ จำกัด.
- ลือชัย ศรีเงินขวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). **ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง.** กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัย อินทรมพรรษ์. (2536). **โภชนบำบัด.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แสงทวีการพิมพ์.
- วลัย อินทรมพรรษ์. (2539). “Dietary Management in Diabetes.” ใน วรณี นิธิยานนท์ (บรรณาธิการ) **การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน.** (หน้า 8-22). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วสันต์ สุเมธกุล. (2546). “เบาหวานกับภาวะแทรกซ้อนทางไต.” **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องเบาหวานกับภาวะแทรกซ้อนทางไต วันที่ 14 พฤศจิกายน 2546.** กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- วาสนา เกื้อนางค์. (2540). **พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรพร บัวอำไพ. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาล**

- สมุทรสาคร.** วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิทยา ศรีมาดา. (2543). **การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.** กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมจิตร เพชรพันธุ์, แว่นใจ นาคะสุวรรณ, และอุษา ชูสังข์. (2539). ปัจจัยเสี่ยง
ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูง
อายุ. **สารสภากาพยาบาล, 11(3), 53-56.**
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ.** วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัศพร วงศ์วัฒนอนันต์. (2542). **ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง.** วิทยาลัยปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริม
สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2532). **การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับ
อักเสบบี.** วิทยาลัยปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวดี แถวเพ็ญ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขอนามัยของหญิงตั้ง
ครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสและสามี.** วิทยาลัยวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภณ นภทร. (2542). “กลไกการเกิดไตวายเรื้อรัง.” ใน เกรียง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง
(บรรณาธิการ). **Hemodialysis** (หน้า 1-42). กรุงเทพฯ: Text and Journal.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ วินิจกุล และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2541). “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรง
สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิก
เบาหวาน วชิรพยาบาล”. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 12(1) : 32-39.**
- สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2547). “Diabetes and Kidney.” ใน ธานีรินทร์ อินทรกำธรชัย และ ชุษณา

- สานกระต่าย (บรรณาธิการ). **Highlights in Clinical Medicine**. (หน้า 384-393). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ คำชัยมงคล และคณะ. (2544). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน** อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. รายงานวิจัย.
- สมศักดิ์ วราอัสวปติ. (2535). **พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมัยพร อาชาล. (2543). **ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิตีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. (2548). **คลินิกเบาหวานงานผู้ป่วยนอก**. โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี.
- สิน พันธุ์พินิจ. (2547). **เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทจูนพับลิชชิง จำกัด.
- ศุกัญญา ณรงค์วิทย์. (2532). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ปิ่นณะเต็ม. (2540). **ชมรมผู้ป่วยเบาหวานและการสร้างทัศนคติที่ดี**. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์
- สุนทร ตันชนันท์ และวลัย อินทร์มพรรย์. (2532). **คู่มือโรคเบาหวาน**. กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์.
- สุนทร ตันชนันท์ วลัย อินทร์มพรรย์ และชูจิตร์ เปล่งวิทยา. (2535). **คู่มือโรคเบาหวาน**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์.
- สุนีย์ เก่งกาจ. (2544). **การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน** โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิทย์ เกียรติเสวี. (2540). **มองคุณภาพชีวิต**. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. ฉบับที่ 19978 : 26
- สุภัทรา ปิ่นทะแพทย์. (2532). **แนวคิดและทฤษฎีขั้นมูลฐานและการประยุกต์**. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2528) “**อาหารเบาหวานในปัจจุบัน**” **อายุรศาสตร์ 1**. (กรกฎาคม-พฤศจิกายน 2528 151-152).

- โสพรรณ โททะยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบาย และแผนงานสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2544). ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อนุตตร จิตตินันท์. (2547). “การลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย (Thai Renal Replacement Therapy Registry)”. รายงานประจำปี 2545-2547. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- อรัญญา นามวงศ์. (2542). พฤติกรรมการป้องกันตนเองของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุษณา ลูวีระ. (2540). “วิวัฒนาการการทำ Hemodialysis ในประเทศไทย.” ใน เกรียง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ). **Hemodialysis** (หน้า 45-50). กรุงเทพฯ: Text and Journal.

ภาษาไทย
Christian University of Thailand
 ภาษาอังกฤษ

- American Diabetes Association. (1997). “Guide to diagnostic and classification of Diabetes mellitus And other categories of glucose intolerance.” **Diabetes**. 20 (sup.1): s21.
- Ballard, D.J., Tancredi, R.G., Palumb, P.J.(1991). “Coronary artery disease and other Cardiac complication.” **In Clinical diabetes mellitus**. (P455) Edited by Davison, J.K. New York: Thieme Medical Publishers
- Becker, M.H. (1974). **The health belief model and personal health behavior**. New Jersey: Charlaes B. Slack, Inc.
- Becker, M.H.(1990). “Theoretical Models of Adherence and Strategies for Improving Adherence” In S.A. Shumaker, E.B, Schron & J.K.Ockene (Eds.). **The handbook of health behavior change**. (p 5-37). Newyork : Springer Publishing.
- Bertelsen, J., et al.(1996). “Effect of meal frequency on blood glucose, insulin, and free fatty acids in NIDDM subject.” **Diabetes care**.16(1): 4.
- Bett, D. K. & Grotty, G. D. (1988). “Response to illness and compliance of long- term

- hemodialysis patients.” **American Nephrology Nurses’ Association Journal**. 15: 96-99.
- Estacio, Or., et al. (1996). “Effect of risk factor on exercise capacity in NIDDM.” **Diabetes**. 45 (January): 79.
- Ellenberg, M and Rifkin., H.(1983). **Diabetes mellitus: theory and practice**. (3rded.)
New York: Medical Examination Publishing Company.
- Forrest, Y.K., et al.(1997). “Hypertension as a risk factor for diabetes neuropathy.” **Diabetes**. 46(April): 665.
- Good, C.V. (1973). **Dictionary of education**. New York: Mc Grow Hill Book Co.
- Goodman, W. G. & Nissenson, A.P. (1996). “Options for patients with end stage renal disease.”
Handbook of kidney transplantation. New York: Little Brown and Company.
- Goshorn, J. (2000). “Management of patients with urinary and renal disorder.” In S.C. Smeeltzer & B.G. Bare (Eds.). **Textbook of medical-surgical nursing** (9thed.) (pp. 1135-1187).
Philadelphia: Lippincott.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). “The Health Belief Model: A Decade Later.” **Health Education Quarterly**. 11 (1):47.
- Kim, K.K, Horan, M.L, Gendler, P & Patel, M.K. (1991). “Development and evaluation of the Osteoporosis Health Belife Scale.” **Resrarch in Nursing & Health**. 14:(2) 155-163.
- Luckman, J. & Sorensen, K. C. (1987). **Medical – Surgical Nursing: A Psychophysiology approach**. Third edition. Philadelphia : W. B. Saunders Company
- Maiman, L.A. & Becker, M.H. (1974). “The Health Belief Model : Original and Correlates in psychological theory.” **Health Education Monograph**. 2 (4): 336-353.
- Mikhail, B. (1981). “The Health Belief Model : a review and critical evaluation of the model, research, and practice.” **Advance in Nursing Science**. 4 (11): 65-82.
- Mundt, D. B. (1992). “Hepatitis B vaccine acceptance among occupational health nurses practicing In hospital employee health settings.” **AAOHN Journal**. 40(12): 568-576.
- Nemcek, M.A. (1990). “Health Beliefs and Preventive Behavior.” **AAOHN Journal**. 38(3):127-138.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing concepts of practice**. St louis : Mosby year book.
- Perri, G. M; Sear, F.S. & Clark, E.J. (1993). Strategies for improveing maintainance of weight Loss. **Diabetes care**. 16(1) : 200.

- Phipps, W.J., Long, B.C.& Wood, N.F.(1983). **Medical-Surgical nursing**. (2nd ed.) Saint louis : The C.V. Mosby Company.
- Rokeach, M.(1970). **Belief attitude and value**. San Francisco : Jossey Bass Inc.
- Rosenstock, I.M. (1974a). "Historical origins of the health belief model." **Health Education Monograph**. 2 (4): 328-335.
- Rosenstock, I.M. (1974a). "Historical origins of the health belief model." In M.H. Becker (Eds). **The health belief model and personal health behavior**. (pp.1-8). New Jersey : Charles Salck.
- Rosenstock, I.M. (1974b). "the health belief model and preventive health behavior." **Health Education Monographs**. 2(4): 354-386.
- Rosett, J.(1988). "Evaluation of Protein in Dietary Management of Diabetes Mellitus." **Diabetes Care**. 11(February): 143-148.
- Rutledge, D.N. (1987). "Factors related to women's practice of breast self- examination." **Nursing Research**. 36(2): 117-121.
- Strecher, V.J. & Rosensock, 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**. (2nd ed.). San Fansico : Jossey-Bass Publishers.
- Twaddl, A.C. (1981). **Sickness behavior and sick role**. Massachusetts : Schenkman Publishing Company.
- Valmadrid, T.C., Klein, R., Moss, E.S. & Klien, E.B.(1997). "Alcohol intake & the risk of cardiovascular disease mortality in older-onset diabetic person." **Diabetes**. 46 (sup.1): 26a.
- Walker, S.N. Seachrist, K.R; & Pender, N. J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristic. **Nursing Research**. 36(2) : 76-81
- WHO "study Group on preventive of diabetes mellitus". (1994). **Preventive of diabetes mellitus**. Geneva : World Health Organization.
- Wyper, R.(1990). Breast self –examination and the health belief model. **Research in Nursine & Health**. 13(3) : 421-428.

CTU



Christian University of Thailand ภาคผนวก

CTU



ภาคผนวก ก

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. นายแพทย์รัชวัช เตียวิไล อายุรแพทย์โรคไตแพทย์ระดับ 7 ประจำโรงพยาบาล
โพธาราม จังหวัดราชบุรี
2. ดร.บำเพ็ญ พงษ์เพชรคิด อาจารย์พยาบาลภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนราชนบุรี
3. นางจันทรา เริ่มเสริมสุข พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานไตเทียม ประจำหน่วยไตเทียม
โรงพยาบาล ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ข

Christian University of Thailand

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่สามารถจะไม่เข้าร่วมในการวิจัย ดังนี้

ดิฉัน นางสาว พิกุล สุรารักษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2” ในโรงพยาบาลโพธาราม ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถามของท่านมีความสำคัญต่อ การวิจัย และจะนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถามทั้งหมดถือเป็นความลับ ซึ่งการเสนอผลการวิจัยจะเสนอโดยรวมในเชิงวิชาการ ไม่มีเปิดเผยเป็นรายบุคคล ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่กระทบกระเทือนต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับตามปกติแต่อย่างใด หากท่านสงสัยในข้อคำถามใดๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

งานวิจัยครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

พิกุล สุรารักษ์

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

.....
สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดอย่างครบถ้วนและมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

CTU



ภาคผนวก ค

Christian University of Thailand

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () ที่ตรงกับข้อความ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () ระดับประถมศึกษา
 - () ระดับมัธยมศึกษา
 - () ปวช หรือ อนุปริญญา ระดับปริญญาตรี
 - () ปริญญาตรีขึ้นไป
4. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
5. ความเพียงพอของรายได้
 - () เพียงพอ
 - () ไม่เพียงพอ
6. ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความในแต่ละข้อให้ตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของท่าน โดยมีระดับความหมายดังนี้

- | | | |
|-----------------------|---------|---|
| เห็นด้วยมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตาม การรับรู้ของท่านมากที่สุด |
| เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตาม การรับรู้ของท่านมาก |
| เห็นด้วยพอควร | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตาม การรับรู้ของท่านปานกลาง |
| เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตาม การรับรู้ของท่านเพียงเล็กน้อย |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ของท่านเลย |

Christian University of Thailand

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอควร	เห็นด้วย เพียง เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง					
20.การที่ท่านต้องมาตรวจอย่าง สม่ำเสมอ ไม่เป็นภาระสำหรับท่าน
21.การควบคุมอาหารของท่านไม่ เป็นภาระต่อครอบครัวในการ เตรียมอาหาร
22.ท่านสามารถที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้อย่าง สม่ำเสมอในเรื่องการกินยา/จิตยา
23.การปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ไม่ทำให้ท่านรู้สึกเหมือน ถูกบังคับ
24.การออกกำลังกายทุกวันไม่เป็น ภาระสำหรับท่าน
25.การรับประทานยาเพียงอย่าง เดียวไม่เป็นภาระสำหรับท่าน
26.การลืมนรับประทานยาบางครั้งทำ ให้การป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่ ต่อเนื่อง

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย พอควร	เห็นด้วย เพียง เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การเป็นโรคไตเรื้อรัง					
27. การได้เห็นสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านเป็นโรคไตเรื้อรังทำให้ ท่านมีการป้องกันตัวท่านมากยิ่งขึ้น
28. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไต เรื้อรังจากพยาบาลช่วยให้ท่านปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ มากขึ้น
29. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไต เรื้อรังจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสารทำให้ท่านมีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน มากขึ้น
30. การได้รับคำแนะนำโดยการสอน ร่วมกับการฉายวิดีโอ ทำให้ท่านปฏิบัติ ตนได้ถูกต้องมากขึ้น
31. การได้รับคำแนะนำจาก สามี ภรรยา บุตร หรือพ่อ แม่ จะช่วยให้ท่าน ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้
32. การพูดคุยแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้ป่วย ด้วยกันจะช่วยให้ท่านป้องกัน โรคไต เรื้อรังได้มากขึ้น
33. การได้รับบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่ช่วย ให้ท่านมาตรวจได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยพอควร	เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<p>ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)</p> <p>34. การมีสมุดประจำที่บันทึก อาการ ผลเลือด ยาที่ได้รับ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องช่วยให้ท่านป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น</p> <p>35. การมีบัตรเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังทำให้ท่านสามารถป้องกันโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น</p> <p>36. การได้รับคำแนะนำในเรื่องอาหารจากโภชนากรเป็นรายบุคคลช่วยท่านควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไทรเรอรั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นโรคไทรเรอรั้ง ข้อความแต่ละข้อไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริงที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้นขอความกรุณาท่านตอบด้วยความสบายใจ และตรงกับการปฏิบัติของ ท่านมากที่สุด โดยมีระดับความหมายดังนี้

- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยกระทำนานๆ ครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนน้อยหรือกระทำ นานๆ ครั้ง
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือกระทำ ทุกครั้ง

ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ด้านการควบคุมอาหาร			
1. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 - 4 มื้อ โดยแต่ละมื้อมีปริมาณเท่า ๆ กันและ รับประทานอาหารได้ตรงเวลา
2. ท่านรับประทานอาหารในปริมาณที่พอ อิ่มเท่านั้นตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
3. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุก วัน
4. ท่านงดรับประทานน้ำผึ้ง และอาหารที่ มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น ขนมหวาน ผลไม้กวน ผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้ เชื่อม ผลไม้แช่อิ่ม น้ำหวานทุกชนิด
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมัน จากสัตว์ น้ำมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าวและ น้ำมันปาล์มในการปรุงอาหารโดยใช้

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านการควบคุมอาหาร (ต่อ) 16. ท่านสามารถควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง หอยนางรม
ด้านการออกกำลังกาย 17. ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง 18. ท่านออกกำลังกายได้เหมาะสมกับท่านตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ 19. ท่านได้อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 20. ขณะออกกำลังกายท่านจับการเต้นของชีพจร
ด้านการสูบบุหรี่ 21. ท่านสูบบุหรี่ 22. ท่านไม่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ 23. ในครอบครัวท่านมีคนสูบบุหรี่ 24. ท่านสามารถป้องกันตนเองจากควันบุหรี่หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านการใช้ยา			
25. ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง
26. ท่านรับประทานยาในเวลาเดียวกัน
27. ท่านรับประทานยาก่อนอาหาร ประมาณครึ่งชั่วโมง
28. ท่านเคยลดหรือเพิ่มการรับประทานยาเอง
29. ท่านลืมรับประทานยา
30. เมื่อลืมรับประทานยา ท่านจะรับประทานยาเป็น 2 เท่าในมือต่อไป
31. ท่านหยุดการรับประทานยาเอง
32. ท่านสังเกตอาการแพ้ยาหรือความผิดปกติหลังรับประทานยา
33. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังรับประทานยา ท่านหยุดยาและไปพบแพทย์ทันที
34. ท่านกินยาหม้อ ยาสมุนไพร หรือชื่อยามากินเองเพื่อรักษาโรคเบาหวาน โดยไม่ปรึกษาแพทย์
35. เมื่อแพทย์ให้ยาใหม่ท่านจะซักถามเกี่ยวกับผลของยาและอันตรายที่เกิดจากการใช้ยา

CTU



ภาคผนวก ง

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

Christian University of Thailand

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังตามการรับรู้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	B1	4.7667	.4302	30.0
2.	B2	4.4333	.7739	30.0
3.	B3	4.6667	.6065	30.0
4.	B4	4.4667	.8193	30.0
5.	B5	4.5333	.6814	30.0
6.	B6	4.2000	.5509	30.0
7.	B7	4.2000	.5509	30.0
8.	B8	4.6000	.4983	30.0
9.	B9	4.5667	.7279	30.0
10.	B10	4.5333	.7761	30.0
11.	B11	4.6333	.6149	30.0
12.	B12	4.5667	.7279	30.0
13.	B13	4.4000	.5632	30.0
14.	B14	4.6000	.7240	30.0
15.	B15	4.8000	.4068	30.0
16.	B16	4.6333	.6687	30.0
17.	B17	4.4333	.8584	30.0
18.	B18	4.5000	.9377	30.0
19.	B19	4.6667	.6609	30.0
20.	B20	4.5000	.9377	30.0
21.	B21	4.6667	.6609	30.0
22.	B22	3.3667	1.2452	30.0
23.	B23	4.6333	.7649	30.0
24.	B24	4.4667	.8193	30.0
25.	B25	4.3333	.8023	30.0
26.	B26	4.7000	.7022	30.0
27.	B27	3.8667	1.3830	30.0
28.	B28	3.4667	.5713	30.0
29.	B29	4.6333	.6687	30.0
30.	B30	4.5667	.8584	30.0
31.	B31	4.6667	.6609	30.0
32.	B32	3.2000	1.0306	30.0
33.	B33	4.6667	.7581	30.0
34.	B34	4.3000	.8769	30.0
35.	B35	4.3000	.7022	30.0
36.	B36	4.7333	.4498	30.0

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 36

Alpha = .7204

พฤติกรรมกรป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. BEH1	1.9000	.3051	30.0
2. BEH2	2.0000	.0000	30.0
3. BEH3	2.4667	.5074	30.0
4. BEH4	2.0000	.0000	30.0
5. BEH5	2.5333	.5074	30.0
6. BEH6	3.0000	.0000	30.0
7. BEH7	2.0000	.0000	30.0
8. BEH8	1.3333	.4795	30.0
9. BEH9	2.0000	.0000	30.0
10. BEH10	1.0000	.0000	30.0
11. BEH11	2.0000	.7878	30.0
12. BEH12	2.0000	.0000	30.0
13. BEH13	2.0000	.0000	30.0
14. BEH14	2.0000	.0000	30.0
15. BEH15	2.0000	.0000	30.0
16. BEH16	2.0000	.0000	30.0
17. BEH17	1.8333	.6989	30.0
18. BEH18	1.8333	.6989	30.0
19. BEH19	1.8333	.6989	30.0
20. BEH20	1.0000	.0000	30.0
21. BEH21	1.8000	.8469	30.0
22. BEH22	1.2667	.4498	30.0
23. BEH23	2.2333	.4302	30.0
24. BEH24	1.0000	.0000	30.0
25. BEH25	3.0000	.0000	30.0
26. BEH26	2.5667	.5040	30.0
27. BEH27	2.0000	.0000	30.0
28. BEH28	1.0000	.0000	30.0
29. BEH29	1.2333	.4302	30.0
30. BEH30	1.0000	.0000	30.0
31. BEH31	1.0000	.0000	30.0
32. BEH32	3.0000	.0000	30.0
33. BEH33	3.0000	.0000	30.0
34. BEH34	1.0000	.0000	30.0
35. BEH35	2.3667	.4901	30.0

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 35

Alpha = .7001

ภาคผนวก จ

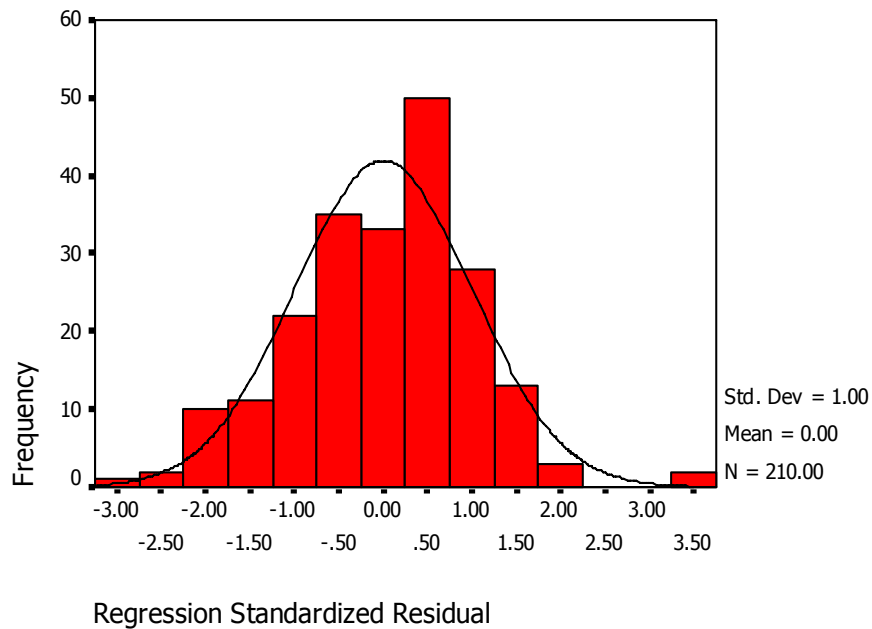
ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ถดถอย
แบบพหุคูณทดสอบโดยการวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อน



Christian University of Thailand

Histogram

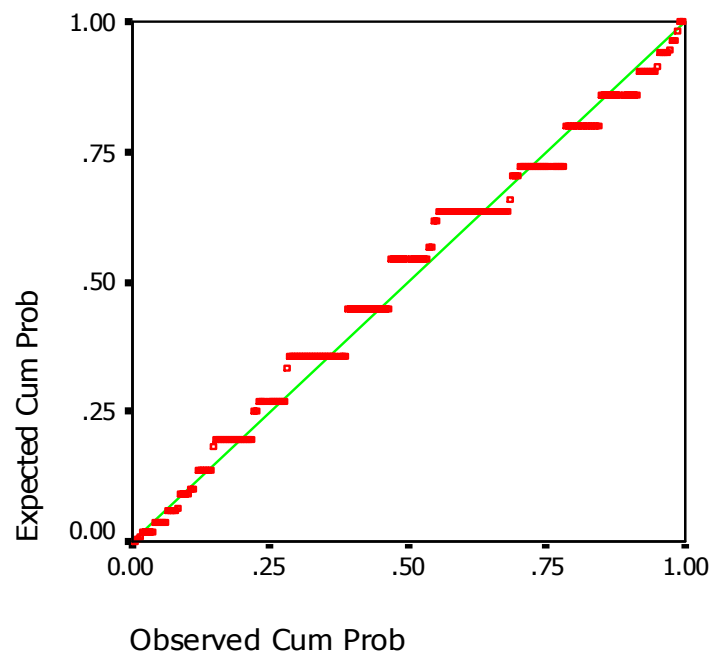
Dependent Variable: BEHAVIOR



Christian University of Thailand

Normal P-P Plot of Regression Standard

Dependent Variable: BEHAVIOR



CTU



ภาคผนวก ฉ

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

Christian University of Thailand

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน			
1. คนเป็นเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน	4.69	0.46	มากที่สุด
2. การรักษาไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังได้	4.63	0.48	มากที่สุด
3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	4.62	0.49	มากที่สุด
4. การควบคุมความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดไม่ได้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	4.66	0.47	มากที่สุด
5. การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการรับประทานยาตามแพทย์สั่งจะป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	4.76	0.43	มากที่สุด
6. เมื่อท่านเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว ท่านสามารถชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เสื่อมมากขึ้นได้	4.89	0.32	มากที่สุด

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน			
7. การเป็นโรคไตเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม	4.62	0.49	มากที่สุด
8. โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน	4.70	0.55	มากที่สุด
9. การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจะทำให้ชีวิตไม่มีความสุข	4.66	0.48	มากที่สุด
10. การเป็นโรคไตเรื้อรังมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคไตเรื้อรัง	4.94	0.48	มากที่สุด
11. โรคไตเรื้อรังทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้น	3.38	0.23	ปานกลาง
12. การเป็นโรคไตเรื้อรังทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง	4.58	0.62	มากที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง			
13. การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	4.58	0.49	มากที่สุด

ความเชื่อด้านสุขภาพ	X		การแปลผล
14. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ช่วยป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	4.58	0.49	มากที่สุด
15. การลดปริมาณอาหารโปรตีน จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้	3.97	0.69	มาก
16. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ช่วยลดระดับคอเรสเตอรอล ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	3.97	0.69	มาก
17. การสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังได้เร็วขึ้น	3.36	0.48	ปานกลาง
18. การได้รับการตรวจสุขภาพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคไตเรื้อรัง อย่างน้อยปีละครั้งจะช่วยให้สามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	3.36	0.52	ปานกลาง
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้	3.40	0.49	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง			
20. การที่ท่านต้องมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ไม่เป็นภาระสำหรับท่าน	4.16	0.69	มาก

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
21. การควบคุมอาหารของท่าน ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวในการ เตรียมอาหาร	3.94	0.79	ปานกลาง
22. ท่านสามารถที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้อย่าง สม่ำเสมอในเรื่องการกินยา/ฉีดยา	3.63	0.72	มาก
23. การปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ไม่ทำให้ท่านรู้สึก เหมือนถูกบังคับ	3.88	0.79	มาก
24. การออกกำลังกายทุกวันไม่ เป็นภาระสำหรับท่าน	3.85	0.84	มาก
25. การรับประทานยาเพียงอย่าง เดียวไม่เป็นการสำหรับ	3.86	0.80	มาก
26. การลิ้มรับประทานยาบางครั้ง ทำให้การป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่ ต่อเนื่อง	4.18	0.70	มาก
ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรัง			
27. การได้เห็นสมาชิกใน ครอบครัวหรือเพื่อนบ้านเป็น โรค ไตเรื้อรังทำให้ท่านมีการป้องกัน ตัวท่านมากยิ่งขึ้น	4.14	0.67	มาก
28. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ไตเรื้อรังจากพยาบาลช่วยให้ท่าน	3.17	0.48	ปานกลาง

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
29. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ไตเรื้อรังจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิทรรศการทำให้ ท่านมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานมากขึ้น	4.45	0.49	มาก
30. การได้รับคำแนะนำโดยการ สอนร่วมกับการฉายวิดีโอ ทำให้ ท่านปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากขึ้น	4.21	0.67	มาก
31. การได้รับคำแนะนำจากสามี ภรรยา บุตร หรือพ่อ แม่ จะช่วย ให้ท่านป้องกันการเกิดโรคไตได้	3.5	1.0	มาก
32. การพูดคุยแลกเปลี่ยนในกลุ่ม ผู้ป่วยด้วยกันจะช่วยให้ท่าน ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้มากขึ้น	4.4	0.49	มาก
33. การได้รับบัตรนัดจาก เจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านมาตรวจได้ อย่างสม่ำเสมอ	3.3	0.83	ปานกลาง
34. การมีสมุดประจำบันทึก อาการผลเลือด ยาที่ได้รับ การ ปฏิบัติตนที่ถูกต้องช่วยให้ท่าน ป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ มากขึ้น	4.2	0.68	มาก
35. การมีบัตรเตือนเรื่องการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อ รัง ทำให้ท่านสามารถป้องกันโรค ไตเรื้อรังได้มากขึ้น	3.7	0.74	มาก

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
36. การได้รับคำแนะนำในเรื่อง อาหารจากโภชนาการเป็น รายบุคคลช่วยท่านควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นป้องกันตัว ท่านมากขึ้น	3.9	0.75	มาก



Christian University of Thailand

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการควบคุมอาหาร			
1.การรับประทานอาหารวันละ 3-4 มื้อในปริมาณเท่าๆ กันและรับประทานอาหารได้ตรงเวลา	2.10	0.64	ปานกลาง
2.การรับประทานอาหารในปริมาณที่พออิ่มเท่านั้นตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	2.20	0.57	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	2.04	0.21	ปานกลาง
4. การงดรับประทานน้ำผึ้ง และอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น ผลไม้กวน ผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้เชื่อม น้ำหวานทุกชนิด	2.01	0.12	ปานกลาง
5.การหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันจากสัตว์ น้ำมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร โดยใช้น้ำมันพืชแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันงา	1.95	0.29	ปานกลาง
6. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมากอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น ผักต่างๆ และผลไม้รสไม่หวาน	2.73	0.44	ดี

พฤติกรรมการป้องกันโรคไต เรื้อรัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
7. การงดรับประทานอาหาร จุกจิกระหว่างมื้อได้	2.20	0.55	ปานกลาง
8. ความสามารถเลือกรับประทาน อาหารที่เหมาะสมเมื่อไปเที่ยว หรือไปงานเลี้ยงสังสรรค์	2.05	0.62	ปานกลาง
9. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารหมักดอง	2.15	0.54	ปานกลาง
10. การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาดอง เหล้า เบียร์ ไวน์	2.61	0.69	ดี
11. การหลีกเลี่ยงน้ำชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน ที่เติมนมข้น หวาน หรือ คอฟฟี่เมด	2.46	0.79	ดี
12. ความสามารถจำกัดอาหาร โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ตาม แผนการรักษาเพื่อชะลอการเกิด โรคไตเรื้อรัง	2.47	0.76	ดี
13. การเติมเกลือหรือน้ำปลาใน ปริมาณเพียงเล็กน้อย ในอาหารที่ รับประทานหรือในการปรุง อาหาร	2.25	0.64	ปานกลาง
14. การควบคุมปริมาณอาหาร จำพวกแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว	2.33	0.47	ดี
15. ความสามารถควบคุมอาหาร จำพวกไขมัน เช่น ขาหมู อาหาร ทอด กะทิ	2.65	0.48	ดี

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ไทรเรอริง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
16. ความสามารถควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง หอยนางรม	2.20	0.40	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย			
17. ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1.76	0.71	ปานกลาง
18. ท่านออกกำลังกายได้เหมาะสมกับท่านตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	1.67	0.81	ปานกลาง
19. ท่านได้อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย	1.68	0.69	ปานกลาง
20. ขณะออกกำลังกายท่านจับการเต้นของชีพจร	1.44	0.68	ไม่ดี
ด้านการสูบบุหรี่			
21. การงดสูบบุหรี่	2.55	0.76	ดี
22. ท่านไม่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่	2.04	0.88	ปานกลาง
23. ในครอบครัวท่านมีคนสูบบุหรี่	2.55	0.68	ดี
24. การป้องกันตนเองจากควันบุหรี่	2.53	0.77	ดี
ด้านการใช้ยา			
25. ท่านรับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	2.56	0.68	ดี
26. ท่านรับประทานยาในเวลาเดียวกัน	2.24	0.87	ปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรค ไตเรื้อรัง	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
27. การรับประทานยาก่อนอาหาร ประมาณครึ่งชั่วโมง	1.00	0.00	ไม่ดี
28. การลดหรือเพิ่มการ รับประทานยาเอง	2.71	0.45	ดี
29. การรับประทานยาเป็นประจำ	2.31	0.78	ปานกลาง
30. การรับประทานยาเป็น 2 เท่า ในมือต่อไป เมื่อลืมรับประทาน ยา	2.35	0.78	ปานกลาง
31. การหยุดการรับประทานยา เอง	2.30	0.87	ปานกลาง
32. การสังเกตอาการแพ้ยาหรือ ความผิดปกติหลังรับประทานยา	2.25	0.84	ปานกลาง
33. การหยุดยาและไปพบแพทย์ ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติหลัง รับประทานยา	2.55	0.88	ปานกลาง
34. การกินยาหม้อ ยาสมุนไพร หรือซื้อยามากินเองเพื่อรักษา โรคเบาหวาน โดยไม่ปรึกษา แพทย์	1.73	0.87	ปานกลาง
35. การซักถามเกี่ยวกับผลของยา และอันตรายที่เกิดจากการใช้ยา เมื่อแพทย์ให้ยาใหม่	1.73	0.82	ปานกลาง