

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง
และความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2556

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง
และความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง
และความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2556

กนิษฐา จันทรคณา. (2556). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรวีณ์ สิทธิศิริอรอด

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ค้นหาตัวแปรทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศและระดับการศึกษา และทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 200 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ ปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 49 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงสุดและรองลงมา ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติทางศาสนา และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ตามลำดับ
4. ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 22.6

FACTORS RELATED TO SELF CARE AGENCY AND HAPPINESS
OF THE END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Development Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2013

Kanittha Jantarakana. (2013). *Factors related to Self care agency and Happiness of the End Stage Renal Disease patients*. Master's Project, M.Ed. (Development Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Asst. Prof. Dr. Shuttawwee Sitsira-at.

This objective of research were to 1) examine the level of self care agency and happiness of patients with the end stage renal disease; 2) examine the relationship between psychological, situational, and psychological-situational factors and self care agency; 3) examine the variables of psychological, situational, and psychological-situational factors; and the participants' age, gender, and education level that could predict the self care agency of patients with the end stage renal disease from; 4) examine the prediction of happiness of patients with the end stage renal disease from self care agency. The participants were 200 hemodialysis patients of The Kidney Foundation of Thailand at Priest Hospital. They were randomly selected by purposive sampling method. Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis were used to analyze the data.

Results of the research were as follows:

1. Level of self care agency and happiness of patients with the end stage renal disease was high level.
2. They were positive correlation between Psychological factors (religious practice, internal locus of control in health care, and sense of coherence), situational factors (family support, and medical personnel support), and psychological-situational factors (attitude toward health care) and participants' self care agency at the .01 level.
3. Psychological factors, situational factors, and psychological-situational factors were able to predict 49% of the participants' self care agency. The attitude toward health care as the best predictor, followed by religious practice and family support.
4. Self care agency was able to predict 22.6% of the participants' happiness.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ของ กนิษฐา จันทรคณา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของ
มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวีณ์ สิทธิศิริอรรด)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(อาจารย์ ดร.ชัญญา ลีศักดิ์ธูฟาย)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม)

.....

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวีณ์ สิทธิศิริอรรด)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(อาจารย์ ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

(อาจารย์ ดร.วาทณี อรรจน์สาธิต)

วันที่ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวิวัฒน์ สิทธิศิริอรุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ติดตามผล และให้กำลังใจ กับผู้วิจัยมาโดยตลอด ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม และอาจารย์ ดร.ธนิดา จุลวินชัยพงษ์ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชัญญา ลีศัตบุรพาย อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ และนางสาวอภัสรา อรัญวัฒน์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบวัด ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นสาระยิ่งของการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณาจารย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา และเป็นแบบอย่างความมีเมตตาและความเสียสละให้กับนิสิต ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณนิสิตจิตวิทยาพัฒนาการทุกคนที่มีสัมพันธภาพที่ดีและให้กำลังใจต่อกันตลอดการเรียนทั้งหลักสูตร

ขอขอบคุณผู้ช่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายทุกท่านที่ได้สละเวลาทำแบบวัดในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้เห็นความสำคัญ ให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณ บิดามารดาและครอบครัว ที่เห็นความสำคัญของการศึกษา ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนกับผู้วิจัยมาตลอด คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ขอมอบให้กับผู้มีพระคุณทุกท่าน

กนิษฐา จันทรคณา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายในการวิจัย	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	12
ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย	12
พยาธิสรีรวิทยาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย	13
วิธีการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	15
ผลลัพธ์และผลกระทบของการบำบัดโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	15
ความสามารถในการดูแลตนเอง	16
ความหมายของการดูแลตนเอง	16
แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง	17
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย	18
การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง.....	19
ความสุข.....	20
ความหมายของความสุข.....	20
แนวคิดทฤษฎีความสุข.....	22
ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	23
การวัดความสุข.....	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย	26
ปัจจัยทางจิต	27
การปฏิบัติทางศาสนา	27
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	28
ความเข้มแข็งในการมองโลก	29
ปัจจัยสถานการณ์	31
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว	32
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์	33
ปัจจัยจิตสถานการณ์	34
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ	34
ปัจจัยทางชีวสังคม	35
อายุ	35
เพศ	35
ระดับการศึกษา	36
ความสามารถในการดูแลตนเองกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	37
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผล.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	78
ภาคผนวก ก.....	79
ภาคผนวก ข.....	89
ภาคผนวก ค.....	98
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	100

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำแนกความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรัง.....	13
2 ค่าร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจำแนกตามปัจจัยเพศ อายุและระดับการศึกษา.....	52
3 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	53
4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิต สถานการณ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย...	54
5 ผลการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายใน กลุ่มตัวแปรย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศและระดับการศึกษา.....	58
6 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะท้าย.....	90
7 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	91
8 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย	92
9 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะท้าย.....	93
10 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	94
11 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะท้าย.....	95
12 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	96
13 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทาง การแพทย์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย.....	97

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 อิทธิพลของการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ ท้ายโดยรวม (Enter).....	56



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำทลายของโลก โดยมีสาเหตุจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม จากรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2551 ได้บันทึกระดับอัตราการตายของเด็กและผู้ใหญ่ แบบแผนของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุราพบว่า ในช่วง 25 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ จะมีสัดส่วนความตายจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และประมาณปีพ.ศ. 2573 ความตายอันเกิดจากโรคมะเร็ง โรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและอุบัติเหตุทางรถยนต์ จะรวมกันเป็นปริมาณถึงร้อยละ 30 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด (องค์การอนามัยโลก, 2551)

สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2551 อัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.9 โรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 21.2 โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 20.8 และโรคเบาหวาน เท่ากับ 12.2 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะความรุนแรงของโรคในกลุ่มนี้ให้ได้ผลนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายเร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ตายผลกระทบบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง โดยได้กำหนดเป็นเป้าหมายหลักการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และต้องสานต่อเจตนารมณ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 และแผนพัฒนาระยะยาวอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชน โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญ พระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554 โดยมีการดำเนินการแบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงพร้อมกัน โดยเริ่มที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ที่ดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงแบบผสมผสาน ส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยของชีวิต ในบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาระทางสังคม ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งกิจกรรมหนึ่งในโครงการที่กล่าวมาข้างต้นนั้น คือ การค้นหาและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทางตา ไต เท้า โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดในสมอง

โดยมีการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน วางระบบการดูแลภาวะแทรกซ้อนทางไต ตั้งแต่การตรวจหาระดับโปรตีนในเลือด (Microalbuminuria) เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ไปจนถึงการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2554: 1-6) สอดคล้องกับรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. 2552 ซึ่งทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยพบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดคือร้อยละ 47.6 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.9

เห็นได้ว่าปัญหาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานประจำปีพ.ศ. 2553 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มการรับบริการสูงขึ้น คือในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการจำนวน 972 คน (จากเป้าหมาย 400 คน คิดเป็นร้อยละ 243) ปีพ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการจำนวน 10,875 คน (จากเป้าหมาย 7,727 คน คิดเป็นร้อยละ 140.74) จนถึงสิ้นปีงบประมาณพ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสะสมที่เข้าถึงบริการ 16,509 คน (จากเป้าหมาย 9,521 คน คิดเป็นร้อยละ 173.39) นอกจากนี้ ได้เห็นชอบให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เฉพาะรายที่ไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้อง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ทั้งรายใหม่และรายเก่า โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย กรณีผู้ป่วยฟอกเลือดรายเก่าหากไม่สมัครใจล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายหนึ่งในสามของค่าบริการ (ผู้ป่วยร่วมจ่ายไม่เกิน 500 บาท และ สปสช.จ่าย 1,000 บาท ต่อครั้ง) สอดคล้องกับรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2552 พบอุบัติการณ์ของผู้เป็นไตวายระยะท้ายจำนวน 7,825 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี และความชุกเท่ากับ 35,112 ราย (552.8 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี) โดยผู้ป่วยจำนวน 27,056 คน รักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (425.9 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี) ผู้ป่วยจำนวน 5,133 คน รักษาด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง (80.8 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี) และผู้ป่วยจำนวน 2,923 คน ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (46.0รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี) สำหรับค่าใช้จ่ายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อยู่ที่ 250,000 บาทต่อรายต่อปี โดยค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้องถูกกว่าการฟอกเลือดอยู่เล็กน้อย และผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ภาคเอกชน ประกันสังคม และมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2552)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเพียงการรักษาเพื่อควบคุมภาวะโรคเท่านั้น เครื่องไตเทียมไม่สามารถทดแทนการทำงานของไตได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจึงต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค เช่น การจำกัดปริมาณน้ำดื่มและอาหารในแต่ละวัน การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค การดูแลรักษาเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องรับประทานยาจำนวนมากจากภาวะโรคเดิมที่เป็นอยู่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเมื่อเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายยิ่งต้องเพิ่มชนิดของยารับประทานมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมารับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 วัน และใช้เวลาในการฟอกครั้งละ 4-5 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องไปตลอด จนกว่าจะเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นวิธีอื่น ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ต้องได้รับการฟอกเลือดต่อเนื่อง ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของสภาวะโรค ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดจาง ภาวะผิดปกติของสมดุลกรดด่างและเกลือแร่ อาการคันเนื่องจากผิวแห้งและการได้รับการฟอกเลือดไม่เพียงพอ ภาวะน้ำเกิน ระบบทางเดินอาหารทำงานไม่ปกติ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดทุติยภูมิ และภาวะทุโภชนาการซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายอย่าง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ตะคริว เจ็บหน้าอก สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สบาย ทุกข์ทรมานและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และภาวะโรคร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว การงาน สังคม เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โกรธ หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ แยกตัวหรือมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด มองตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถและไม่มีความสุขในชีวิต ไม่อยากทำอะไร ทำให้อาการของโรคเลวร้ายลงไปกว่าเดิม ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกหมดหวัง คิดสั้นฆ่าตัวตายได้ (อภิสร่า อรัญวัฒน์. 2550: 2); (สร้อยสะอาด สร้างสมวงศ์. 2552: 1, 25)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแม้รักษาไม่หาย แต่ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้มีอาการคงที่ ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรคและแผนการรักษา จากการตรวจสอบเอกสาร พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านตัวบุคคล 2) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านตัวบุคคล คือ ปัจจัยด้านจิต ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 81; อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 65) ความเข้มแข็งในการมองโลก (จินดาวรรณ อุดมพัฒนานกร. 2539: 61; จันทนา เตชะศฤห. 2540: 60; นภววรรณ พลพินิจ. 2547: 57) การปฏิบัติทางศาสนา (จุฑามาศ วารีแสงทิพย์ . 2553: บทคัดย่อ); ปัจจัยจิตสถานการณ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551: 83; วิไล ตั้งตระกูล. 2543: 53;

อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 58) และปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ (รจนารถ ล่วงลือ. 2536: 68; สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์; และคนอื่นๆ. 2538: 89; Lee & Molassiotis. 2002: Abstract; Zrinyi. et al. 2003: Abstract) เพศ (รจนารถ ล่วงลือ. 2536: 69; ชุมพล อังควิศิษฐพันธ์. 2547: 85) และระดับการศึกษา (เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551: บทคัดย่อ; อัสรา อวารณ. 2540: 97; วิริยา สุขวงศ์. 2545: 69) สำหรับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว (อัสรา อวารณ. 2540: บทคัดย่อ; กรรณิกา ลองจางง. 2547: 71-72; พิมพรรณ กิตติวงศ์ ภัคดี. 2547: 79; เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. 2541: 39) และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532: บทคัดย่อ; ประภา รัตนเมธวณน. 2532: บทคัดย่อ)

ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายสามารถดูแลตนเองและมีความสุขในการดำเนินชีวิตได้หรือไม่ และสนใจว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และญาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องฟอกเลือดให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตได้ตามสมควร

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
3. เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศและระดับการศึกษา
4. เพื่อทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความสุขในการดำเนินชีวิตได้ตามสมควร ขณะที่กำลังรับการรักษาจากโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 275 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 200 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 ปัจจัยทางจิต
 - 1.1.1 การปฏิบัติทางศาสนา
 - 1.1.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
 - 1.1.3 ความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 1.2 ปัจจัยสถานการณ์
 - 1.2.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว
 - 1.2.2 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์
 - 1.3 ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทักษะคติต่อการดูแลสุขภาพ
 - 1.4 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรค อยู่ใน ระยะที่ 5 คือภาวะไตวายระยะรุนแรง มีอัตราการกรองที่ไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตาราง เมตรของพื้นที่ผิวกาย เป็นโรคไตวายถาวรและมีการสูญเสียหน้าที่ของไตไปเกือบทั้งหมด จำเป็นต้อง ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึง วิธีการอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะท้าย ทำได้โดยนำเลือดของผู้ป่วยออกจากร่างกายทางเส้นเลือดที่เตรียมไว้สำหรับฟอกเลือด โดยเฉพาะ ผ่านกระบวนการฟอกของเสีย ชักน้ำและเกลือแร่ส่วนเกินโดยใช้เครื่องไตเทียม จากนั้น จึงส่งเลือดที่ผ่านการฟอกเลือดแล้วคืนกลับสู่ตัวผู้ป่วยดังเดิม ภายใต้การดูแลของบุคลากรทาง การแพทย์ ใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ ละราย

นิยามปฏิบัติการ

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตัว ให้ ตนเองมีสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจโดยใช้เหตุผลเพื่อการดูแลสุขภาพ ของตนเอง รวมทั้งมีทักษะในการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การติดต่อ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการปรับตัว เพื่อสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้อย่างเหมาะสม

การวัดความสามารถในการดูแลตนเองใช้แบบวัดที่ปรับมาจาก อัสรา อวารณ์ (2540: 66-67) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ “ตรงมากที่สุด” ถึง “ไม่ตรงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูง กว่าแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย หมายถึงความรู้สึกจากการได้รับการ ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ รวมทั้งเป็นความสามารถในการ ปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจาก กระบวนการรักษาพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อผู้อื่นต้องการได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ใกล้เคียงปกติ มีความพึงพอใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม

การวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบวัดขึ้นเอง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีความสุขมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การปฏิบัติทางศาสนา หมายถึง ความเชื่อและการทำกิจกรรมทางศาสนาที่สอดคล้องตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ โดยการนำหลักความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา มาประกอบการตัดสินใจ ในการเลือกอาชีพ วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ การใช้เวลาว่าง

การวัดการปฏิบัติทางศาสนาใช้แบบวัดที่ปรับจากวิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี; งามตา วนิหนานนท์; และ วิริทธิ์ ธรรมนารถสกุล. (2547) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติทางศาสนา มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อว่าการที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตนและเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะ

การวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพใช้แบบวัดที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของวอลสตันและคณะซึ่งแปลโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527:158-161) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึงความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุมีผล โดยมองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ เกิดอย่างมีระบบระเบียบ สามารถจะทำนายและคลี่คลายลงได้ตามที่คาดหวังไว้ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือได้

การวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากแบบวัดของเซอร์รี ทงเพ็ญ (2537: 54) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว หมายถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแล เอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการให้เงิน การจัดเตรียมยาและการพามาพบแพทย์ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยให้ดูแลสุขภาพตนเองได้

การวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากเบญจมาศ นาควิจิตร (2551: 59-60) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

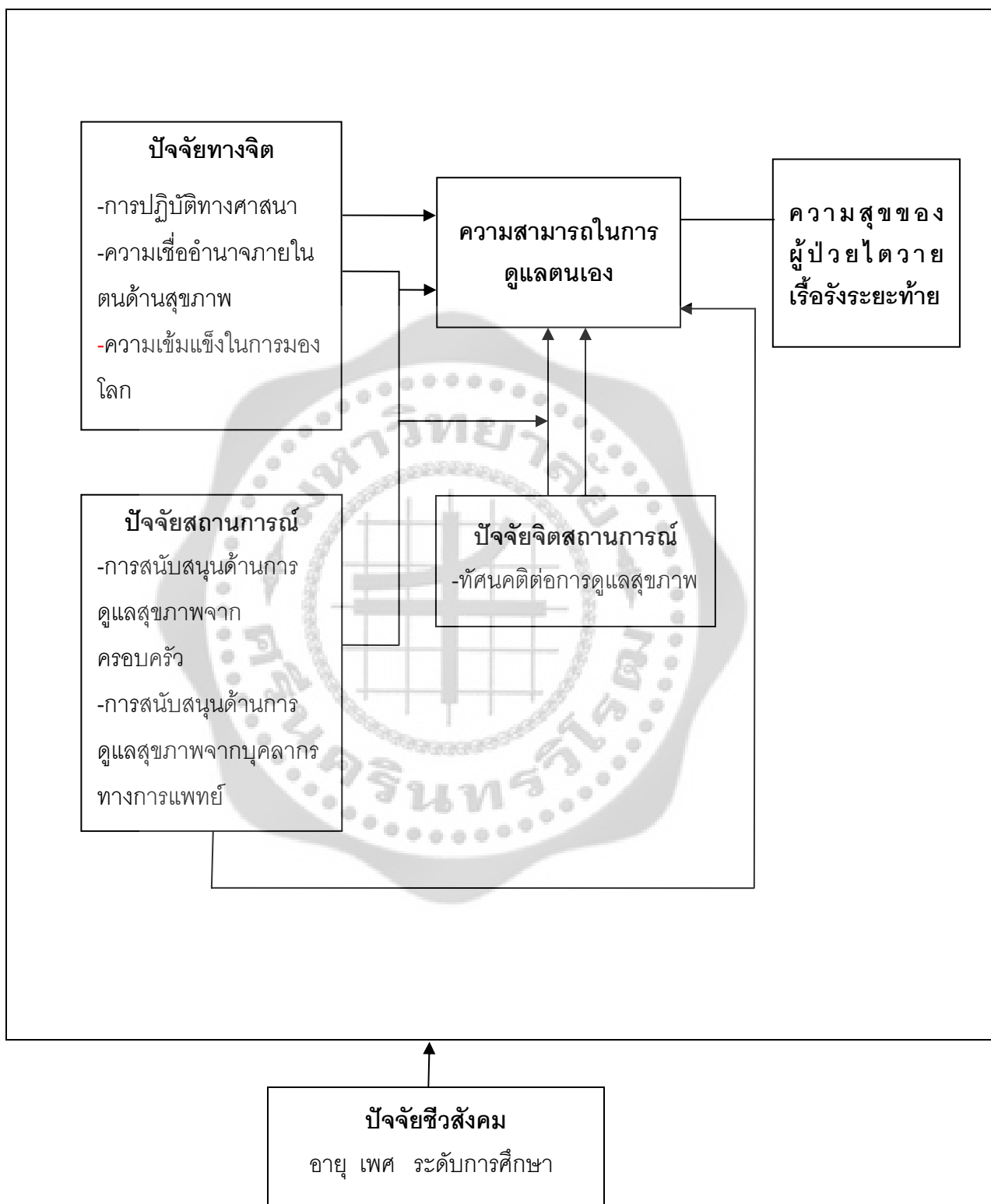
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจโดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์สำหรับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยให้ดูแลสุขภาพตนเองได้

การวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจาก เบญจมาศ นาควิจิตร (2551:60-61) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกหรือการให้คุณค่าของบุคคลต่อการดูแลสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นภายในที่พักอาศัย การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการบำบัดดูแล

การวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากเบญจมาศ นาควิจิตร (2551: 57-58) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

2. ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

3. ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

4. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ในกลุ่มรวม

5. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ในกลุ่มย่อย เมื่อจำแนกตามตัวแปรอายุ เพศ และระดับการศึกษา

6. ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 1.1 ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย
 - 1.3 วิธีการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 1.4 ผลลัพธ์และผลกระทบของการบำบัดโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย
 - 2.4 การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง
3. ความสุข
 - 3.1 ความหมายของความสุข
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีความสุข
 - 3.3 ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
 - 3.4 การวัดความสุข
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
 - 4.1 ปัจจัยทางจิต
 - 4.1.1 การปฏิบัติทางศาสนา
 - 4.1.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
 - 4.1.3 ความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.2 ปัจจัยสถานการณ์
 - 4.2.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว
 - 4.2.2 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

4.3 ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

4.4 ปัจจัยทางชีวสังคม

4.4.1 อายุ

4.4.2 เพศ

4.4.3 ระดับการศึกษา

4.5 ความสามารถในการดูแลตนเองกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.1 ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ไต มีอยู่ 2 ข้างรูปร่างคล้ายถั่ว ในผู้ใหญ่ขนาดยาวประมาณ 10-13 เซนติเมตรน้ำหนักประมาณ 150 กรัม ภายในไตจะมีหน่วยย่อยของไตอยู่ข้างละประมาณ 1 ล้านหน่วย มีหน้าที่ขจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือดและขับออกมาเป็นน้ำปัสสาวะ ไตจะเสื่อมความสามารถในการทำงานตามอายุที่เพิ่มขึ้น และไม่สามารถสร้างหน่วยไตขึ้นมาใหม่ทดแทนในส่วนที่เสียถาวร (นุชนารถ แก้วกันเนตร. 2555)

ความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 2002 มูลนิธิโรคไตของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคไตวายเรื้อรังว่ามีลักษณะใน 2 ข้อดังนี้ คือ (ณัฐวุฒิ นำชัย; พิสุทธิ กตเวทิน; และ สมชาย เข็มอ่อน. 2551: 16) 1) การที่ไตมีการเปลี่ยนแปลงในด้านพยาธิสภาพหรือหน้าที่ของไตเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดยที่อาจมีอัตราการกรองของไตลดลงหรือไม่ก็ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นโดยมีลักษณะทางพยาธิสภาพของไตที่ผิดปกติและมีตัวบ่งชี้ของการทำลายไต ได้แก่มีความผิดปกติของเลือด ปัสสาวะหรือภาพถ่ายรังสี 2) การมีอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร โดยที่มีการถูกทำลายของไตหรือความผิดปกติทางพยาธิสภาพหรือไม่ก็ได้

ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย หมายถึงโรคไตวายเรื้อรังที่มีการทำงานของไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นโรคไตวายถาวรและมีการสูญเสียหน้าที่ของไตไปเกือบทั้งหมด การทำงานของไตเสียไปกว่าร้อยละ 95 จึงเกิดการคั่งของเสียจำนวนมาก มักมีอาการแทรกซ้อนจากการคั่งของเสียในร่างกาย มีการคั่งของน้ำ และเกลือแร่ รวมทั้งมีความไม่สมดุลย์ของกรด ต่าง อวัยวะต่างๆทำงานได้ลดลง จนในที่สุดเกิดการล้มเหลวตามมา เป็นระยะที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จึงจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ (เกรียง ตั้งสง่า; และ ไตรรักษ์ พิสิษฐ์สกุล. 2543: 1223-1264)

1.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย

สาเหตุของไตวายเรื้อรัง อาจเกิดจากพันธุกรรมมีประวัติโรคไตในครอบครัว หรือมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ เกิดจากโรคต่างๆที่มีผลต่อไต ที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดฝอยที่ไตอักเสบ โรคกรวยไตอักเสบเรื้อรัง เนื้อเยื่อไตอักเสบเรื้อรังเช่นการกินยาแก้ปวดในปริมาณมากเป็นเวลานานๆ โรคถุงน้ำในไต และไตวายเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาแต่สาเหตุของโรคนั้นรุนแรงจนทำให้มีการทำลายของหน่วยไตอย่างถาวร (นุชนารถ แก้วกันเนตร. 2555: 10-11) ไตไม่สามารถขับของเสียออกได้ สมมุติฐานเชื่อว่าการทำงานของไตถูกทำลายก่อให้เกิดการปรับตัวและการซ่อมแซมตัวเองของไตส่วนที่เหลือเป็นการปรับตัวเพื่อทำงานทดแทนส่วนที่ขาดหายไป ทำให้เกิดเนื้อเยื่อพังผืดและเป็นอันตรายต่อหน่วยไตส่วนที่เหลือเพิ่มขึ้นเป็นวัฏจักรไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ เกิดภาวะไตวายระยะท้ายในที่สุด (เกรียง ตั้งสง่า; และ ไตรวัชร พิสิษฐ์สกุล. 2543: 1223-1264)

การจำแนกความรุนแรงของโรคเพื่อความเหมาะสมในการพิจารณาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังตามการทำงานของไต จึงแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ; และ สกานต์ บุนนาค. 2554: 19)

ตาราง 1 ระยะความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรัง	อัตราการกรองที่ไต (มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรของ พื้นที่ผิวกาย)
ระยะที่ 1 มีร่องรอยการเกิดโรคไต และอัตราการกรองที่ไตปกติหรือเพิ่มขึ้น	มากกว่าหรือเท่ากับ 90
ระยะที่ 2 มีร่องรอยการเกิดโรคไต และอัตราการกรองที่ไตลดลงเล็กน้อย	60-89
ระยะที่ 3 อัตราการกรองที่ไตลดลงปานกลาง	30-59
ระยะที่ 4 อัตราการกรองที่ไตลดลงมาก	15-29
ระยะที่ 5 ภาวะไตวายระยะรุนแรง	น้อยกว่า 15 หรือได้รับการฟอกเลือด

ที่มา: ประเสริฐ ธนกิจจารุ; และสกานต์ บุนนาค. 2554: 19

ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 มีการทำงานของไตปกติหรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย แต่เกิดความเสียหายขึ้นกับไตแล้ว ส่วนระยะที่ 3 และ 4 ไตมีความเสียหายเพิ่มมากขึ้นจนเมื่อถึงระยะที่ 5 อัตราการกรองของไตต่ำลงมากจนผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มการบำบัดทดแทนไต

อาการของโรค

ผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นมักไม่มีอาการผิดปกติ อาจตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อทำการตรวจปัสสาวะหรือเลือด ต่อเมื่อมีการดำเนินของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญดังนี้ (ประเสริฐ ธนิกิจจารุ; และสกันต์ บุญนาค. 2554: 25-26)

1. บวม สังเกตเห็นชัดเจนในเวลาตื่นนอนตอนเช้า ที่บริเวณใบหน้า หน้าตา ขาและเท้าทั้งสองข้าง และบวมมากขึ้นเมื่อนั่งหรือยืนนานๆ
2. ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน มักเป็นอาการในระยะแรกๆที่สังเกตเห็นได้ แต่ในระยะที่เป็นมากขึ้นแล้วปัสสาวะจะลดลง และทำให้เกิดอาการบวมเพิ่มขึ้น
3. ความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไต โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรังและโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นเมื่อตรวจพบความดันโลหิตสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจเพิ่มเติมว่ามีสาเหตุจากโรคไตหรือไม่
4. อาการซีด หรือโลหิตจาง เมื่อการทำงานของไตลดลงจนระดับครีเอตินินในเลือดสูงกว่า 2-3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะเริ่มพบภาวะโลหิตจางได้ และเมื่อการทำงานของไตลดลงกว่าร้อยละ 25 ของภาวะปกติ จะพบภาวะโลหิตจางได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยถือว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะโลหิตจางเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 12 กรัม/เดซิลิตร หรือค่าความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า 37% ในผู้ชายและระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร หรือค่าความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า 33% ในผู้หญิง
5. คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นมากแล้ว และมักเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์
6. โปรตีนในปัสสาวะ เป็นสิ่งตรวจพบได้ในโรคไตหลายชนิด หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะทุกครั้งที่ทำกรตรวจนานเกิน 3 เดือน แสดงว่ามีโรคไตเรื้อรังซ่อนเร้นอยู่ ทำให้ปัสสาวะมีฟองมากผิดปกติ
7. ระดับครีเอตินินในเลือดสูง ถ้ามีระดับสูงเกิน 1.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิง หรือ 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศชาย นานเกิน 3 เดือนแสดงว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว

1.3 วิธีการรักษาโดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยไตวายในระยะแรกแพทย์จะใช้การรักษาตามโรคและอาการที่เป็นและควบคุมอาหาร จนถึงระยะที่การรักษาแบบประคับประคองด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปลอดภัย จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตมา รักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแทน ซึ่งมี 3 วิธีคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT) สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การนำเลือดออกจากร่างกายผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผ่านเข้าเครื่องไตเทียมและตัวกรองเลือดเพื่อกำจัดของเสีย ปรับระดับเกลือแร่และสมดุลของน้ำในเลือด หลังจากนั้นจึงนำกลับคืนเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย หลักการสำคัญของการฟอกเลือด คือการแลกเปลี่ยนของเสีย เกลือแร่และน้ำ ระหว่างเลือดกับน้ำยาฟอกเลือดโดยผ่านทางตัวกรองเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะใช้เวลาการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (แสงรวี มณีศรี. 2553: 5)

1.4 ผลลัพธ์และผลกระทบของการบำบัดโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องให้ในขนาดที่พอเพียงมีระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ 4 ประการคือ 1) ลดอาการที่เกิดจากการคั่งของของเสียในร่างกาย 2) พยายามทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวใกล้เคียงคนปกติ 3) ลดภาวะทุโภชนาการและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4) ลดอัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต (จุฑาภรณ์ สุวรรณไพรัตน์. 2554: 19)

ส่วนผลกระทบของการป่วยและรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและความทุกข์ใจให้กับผู้ป่วยหลายประการเช่นกัน เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของสภาวะโรคที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ อาการคันเนื่องจากผิวแห้งและการได้รับการฟอกเลือดไม่เพียงพอ ภาวะน้ำเกิน ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดทุติยภูมิ ซึ่งทำให้มวลกระดูกลดลง และภาวะทุโภชนาการซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายอย่างเป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ตะคริว เจ็บหน้าอก สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (อภิสร อรัญวัฒน์. 2550: 2); และ (สร้อยสะอาด สว่างสมวงศ์. 2552: 1 ,25) นอกจากผลกระทบทางร่างกายดังกล่าวแล้ว ยังพบผลกระทบด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาด้วยการฟอกเลือด ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตใหม่จากการต้องมาฟอกเลือดสัปดาห์ละ 8-12 ชั่วโมง ซึ่งยังไม่รวมถึงเวลาที่ใช้ใน

การเดินทาง และหากผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ต้องมีผู้ดูแลมาเป็นเพื่อน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่าอาหาร ค่าเดินทาง ผู้ป่วยที่ยังทำงานอยู่จะต้องขาดงานเพื่อมารักษาเป็นประจำ ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะไม่ต้องจ่ายค่ารับการรักษาบำบัดด้วยเครื่องไตเทียมเอง แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้ก็ปัญหาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว การงาน สังคม รวมทั้งปัญหาทางเพศสัมพันธ์ และการสูญเสียสภาพลักษณะ จากการที่มีผิวหนังแห้ง ซีดหรือคล้ำ น้ำหนักลด ผมหงอกและร่วง อ่อนเพลีย เสียการเป็นสมาชิกกลุ่มที่เคยทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โกรธ หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ แยกตัวหรือมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด มองตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถและไม่มีความสุขในชีวิต ไม่อยากทำอะไร ทำให้อาการของโรคเลวร้ายลงไปกว่าเดิม ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกหมดหวัง คิดสั้นฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้การรักษาโดยการฟอกเลือดยังเป็นค่าใช้จ่ายที่แพงมาก กล่าวคือค่าใช้จ่ายประมาณ 250,000 บาทต่อรายต่อปี (จุฑาทิพนธ์ สุวรรณไพรัตน์. 2554: 2)

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง

เนื่องจากโรคไตวายเป็นโรคเรื้อรังที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยที่การรักษาเริ่มตั้งแต่การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรักษาโดยยา และเมื่อถึงขั้นไตวายเรื้อรังระยะท้ายวิธีการรักษาที่เลือกใช้วิธีหนึ่งก็คือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตพอควรเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem 1985: 105) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน

เลวิน (วนิดา คงขำ. 2547: 20 ; อ้างอิงจาก Levin. 1976: 206) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นและการรักษาด้วยตนเองในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระบบสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองคือ ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตัว ให้ตนเองมีสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจโดยใช้

เหตุผลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีทักษะในการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การติดต่อ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการปรับตัว เพื่อสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem. 1985; Orem และ Taylor. 1986) เป็นกรอบในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ในทุกมิติ เนื่องจากทฤษฎีนี้ ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีการดูแลตนเอง ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) อธิบายการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal Oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำซึ่งการที่บุคคลจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมก่อน ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของกระทำ ซึ่งการกระทำจะต้องมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเอง เพราะจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

แกส และคณะ (Gast; et al. 1989: 26-38) ได้วิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นระดับ 3 ระดับ แต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ตามรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐาน 2 แบบของมนุษย์ ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีความรู้สึก ความจำ ซึ่งจะช่วยกำหนดเป้าหมายทางด้านจิตใจ 2) ความสามารถด้านความรู้และการกระทำ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components) โอเร็มและเทเลอร์ (Orem; & Taylor, 1986) มองว่าการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองนั้นไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป จึงต้องอาศัยพลังความสามารถพิเศษ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง สภาวะแวดล้อมภายใน – ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแล

ตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) คือ ความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) คือ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและ 3) การลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

จากแนวคิดแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเรียมและจากการศึกษาภาวะโรค วิธีการบำบัดรักษาและการปรับตัวกับภาวะโรคและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงความสามารถที่ผู้ป่วยต้องมีเพื่อการดูแลตนเองดังต่อไปนี้

2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย

การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องปรับตัวในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำและการสระผม ในผู้ป่วยที่มีท่อสำหรับฟอกเลือดอยู่ที่บริเวณคอต้องกระทำอย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้แผลเปื่อยน้ำซึ่งจะเกิดการติดเชื้อขึ้นมาได้ หรือแขนข่าที่มีการตัดต่อเส้นเลือดสำหรับใช้ในการฟอกเลือดนั้นจะไม่สามารถยกของหนัก นอนทับ หรืออยู่ในท่าอแขนได้นานเหมือนเดิมได้ เป็นต้น ความสามารถในการจำ การคิดเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากปริมาณของเสียที่สะสมอยู่ในร่างกาย มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคมลดลง เนื่องจากต้องใช้เวลามาฟอกเลือดประมาณ 8-12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด พึ่งตนเองได้มากที่สุดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีความสุขในการดำเนินชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้จะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีความรู้เกี่ยวกับลักษณะ

ของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย สาเหตุ อากาการ วิธีการรักษาและบำบัดดูแลตนเอง มีความรู้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการฟอกเลือดและบริการอื่นๆ ที่จำเป็น เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เพื่อความปลอดภัยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรคและการฟอกเลือดได้ ติดตามการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันหรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ดูแลตนเองทั้งเรื่องภาวะโรคแล้วยังต้องสามารถดำรงบทบาท หน้าที่ ของตนได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และมีความสุขแม้จะต้องอยู่กับภาวะโรคเรื้อรังนี้ก็ตาม (Curtin; & Mapes. 2001: 389-395); (Curtin; et al. 2005: 389-395)

2.4 การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

อัสรา อาวรรณ์ (2540: 66-67) ได้ดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของเอเวอร์สและคณะ (Evers et al. 1986) เป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติการ เพื่อความต้องการดูแลตนเองทั่วไป ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย จำนวน 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินเองว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองเพียงใด ตรงกับตนเองมากที่สุดให้ 5 คะแนน และไม่ตรงกับตนเองเลยให้ 1 คะแนน สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

สุรางค์ พันธุ์เยี่ยม (2548) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์วัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานเอนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวกให้คะแนน 2 ,1และ0 ข้อความทางลบให้คะแนน 0,1 และ 2 ตามลำดับ การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึงมีการดูแลตนเองในระดับดี 0.67-1.33 หมายถึงมีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ 0.00-0.66 หมายถึงมีการดูแลตนเองในระดับต่ำ

การวัดความสามารถในการดูแลตนเองใช้แบบวัดที่ปรับมาจาก อัสรา อาวรรณ์ (2540: 66-67) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ “ตรงมากที่สุด” ถึง “ไม่ตรงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. ความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

3.1 ความหมายของความสุข

ความสุขตรงกับภาษาอังกฤษว่า Happiness มีความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ว่า สุข หมายถึงความสบายกาย สบายใจ ส่วนความหมายใน Cambridge Advance Learner's Dictionary(2008) ความสุขเป็นสภาวะของจิตใจหรือความรู้สึกพึงพอใจ ยินดีและสนุกสนาน ในการศึกษาความสุขนั้น พบว่ามีผู้ให้ความหมายของความสุขไว้มากมาย ผู้วิจัยจึงได้จัดแบ่งความหมายของความสุขออกเป็น 2 ลักษณะคือความหมายในมุมมองทางตะวันตกและความหมายในมุมมองทางตะวันออก

ในมุมมองทางตะวันตก อเล็กซานโดรวา (Alexandrova. 2005: 381-484) ได้อธิบายถึงความสุขว่า เป็นความรู้สึกรวมทางอารมณ์ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา เป็นแนวคิดทางอัตวิสัย (Subjective) ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของแต่ละบุคคล และสามารถวัดเชิงปริมาณได้เช่นเดียวกัน แต่บุคคลตัดสินว่ามีความสุขมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และทัศนคติที่มีต่อการดำเนินชีวิต หลักการวิถีคิดประสบการณ์ในชีวิตอาจมีทั้งที่ก่อให้เกิดความสุข และความทุกข์ และระดับของความสุขและความทุกข์ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นจะจดจำประสบการณ์ชีวิตนั้นได้มากหรือน้อยเพียงใด

แคมป์เบล (Campbell. 1976: 117-124) ได้กล่าวสรุปแนวคิดเน้นเป็นพิเศษที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตว่า การที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือคาดหวังผลที่ได้ จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุขนั้นเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเอง

ส่วนความสุขในมุมมองทางตะวันออกนั้น ได้มีผู้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้

พระธรรมโกศาจารย์ (ม.ป.ป.: 8-14) ได้อธิบายถึงความสุขว่าสุขภาวะจิตที่เป็นปกติดีนั้นแหละ เรียกว่าความสุข สุขก็เพราะว่าจิตปกติไม่ขึ้น ไม่ลง ไม่เอียงขวา เอียงซ้าย ไม่มีอะไรมาผูกมัดจิตใจ เป็นอิสระ เป็นไทแก่ตัวอย่างนี้เรียกว่า “ปกติ” ใจที่ปกติคือไม่มีอะไร รู้ว่าอะไรเกิดขึ้น อะไรตั้งอยู่ อะไรดับไปแล้วควรจะแก้ไขสิ่งนั้นอย่างไร อย่างนี้จิตใจก็สบาย ไม่ค่อยมีปัญหา รวมความว่า ชีวิตของเราต้องการความสุขทั้งกาย ทั้งใจ ทางอารมณ์ เราก็ต้องมีสติ มีปัญญา พยายามที่จะรักษาใจไว้ให้ปกติอยู่ตลอดเวลา รู้จักประมาณในการกิน การอยู่ การนุ่งห่มใช้สอย การปฏิบัติหน้าที่และการพักผ่อนสภาพร่างกาย จิตใจ ก็จะมีมีความสุขสมบูรณ์สมควรปรารถนา สอดคล้องกับพระธรรมปิฎก (พระธรรมปิฎก. 2538) ที่ได้อธิบายถึงความสุขว่ามี 2 แบบ คือ เป็นความสุขจากภายใน หมายถึงมีความสุขสงบในใจตนเอง หรือมีความสุขจากการรู้เท่าทัน เข้าใจความจริงของสิ่งทั้งหลาย เป็นความสุขทางปัญญา

เนื่องจากเห็นแจ้งความจริง เป็นความโปร่งโล่ง ไม่มีความติดขัดบีบคั้นใจ ความสุขอีกแบบหนึ่งเป็นความสุขที่ได้จากภายนอก ก็คือสิ่งที่แวดล้อมรอบตัวเรานั้นเองไม่ว่าจะเป็นบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความสุขของบุคคลากร นอกจากนี้ท่านพระธรรมปิฎก ยังได้แบ่งประโยชน์สุขออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ประโยชน์สุขระดับที่ 1 ด้านรูปธรรมที่ตามองเห็นหรือเห็นได้กับตา คือการมีสุขภาพดี การมีทรัพย์สินเงินทอง การมีอาชีพการงานเป็นหลักเป็นฐาน การมียศฐาบรรดาศักดิ์ ตำแหน่ง การเป็นที่ยอมรับในสังคม การมีมิตรสหายบริวารและการมีชีวิตครอบครัวที่ดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 2 ด้านนามธรรมที่ล้าลึกเลยจากตามองเห็น คือเรื่องของคุณธรรมความดีงาม การมีความสุขที่เกิดจากความมั่นใจในคุณค่าของชีวิต การได้บำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือเกื้อกูลแก่เพื่อนมนุษย์ ความมีศรัทธาในสิ่งที่ตั้งงามที่เป็นหลักของจิตใจ และการมีปัญญาที่ทำให้รู้จักการปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายได้ถูกต้องและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทำให้ชีวิตเป็นอยู่ด้วยดี

ประโยชน์สุขระดับที่ 3 ด้านนามธรรมขั้นโลกุตระที่อยู่เหนือกระแสความไหลเวียนของโลกธรรม คือความเป็นผู้มีจิตใจที่เป็นอิสระด้วยความรู้เท่าทันต่อสิ่งทั้งหลาย รู้ดลและชีวิตตามความเป็นจริง จนกระทั่งว่าโลกธรรมเกิดขึ้นมากกระทบกระทั่งก็ไม่หวั่นไหว วางใจและปฏิบัติได้ถูกต้องตามเหตุปัจจัย ปล่อยให้กฎธรรมชาติทั้งหลายก็เป็นกฎธรรมชาติอยู่ตามธรรมชาติ ความทุกข์ที่มีอยู่ในธรรมชาติก็คงเป็นทุกข์ของธรรมชาติไป ไม่เข้ามากกระทบกระทั่งบีบคั้นจิตใจของเราได้ เป็นผู้มีสุขอยู่กับตนเองตลอดเวลา ชีวิตก็สมบูรณ์แล้ว

อภิชาต มงคล; และคนอื่นๆ (อภิชาต มงคล; และคนอื่นๆ. 2551: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสุขและสุขภาพจิต โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเปรียบเทียบความหมายในบริบทของสังคมไทย ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตจากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย และความสุขในมุมมองของพุทธศาสนา นักวิชาการ และประชาชนทั่วไปเป็นเรื่องเดียวกัน

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความสุขหมายถึงความรู้สึกจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ รวมทั้งเป็นความสามารถในการปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากกระบวนการรักษาพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อผู้อื่นต้องการได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีความพึงพอใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีประโยชน์ต่อสังคม

นักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาและแบ่งองค์ประกอบของความสุขไว้ดังนี้ เซลิกันแมน (Seligman. 1998 อ้างอิงจากดวงพร หิรัญรัตน์. 2543: 13) ได้แบ่งความสุขเป็น 2 องค์ประกอบคืออารมณ์ทางบวกและกิจกรรมทางบวก ไดเนอร์ (Diener อ้างอิงจากดวงพร หิรัญรัตน์. 2543: 13) พบว่าความสุข มี 2 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบทางความคิด (Cognitive component) เป็นการ

ประเมินความสุขโดยใช้ความคิดในการตัดสิน หรือประเมินในรูปแบบความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็น การประเมินภาพรวมเกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งหมดในชีวิตของบุคคล (Global assessment) เช่นกิจกรรม สภาพแวดล้อม และตัดสินว่ามีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ 2) องค์ประกอบทางอารมณ์ (Affective component) เป็นการประเมินความสุขโดยใช้ประสบการณ์ทางความรู้สึก คือการประเมินความสุขในแง่ของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ กล่าวคือ ในสถานการณ์แต่ละสถานการณ์บุคคลจะมี ปฏิกริยาทางอารมณ์ความรู้สึกตอบสนองออกมาอย่างไร ซึ่งสามารถประเมินออกมาในรูปของความพึงพอใจในชีวิต อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ ริชาร์ด เลย์การ์ด (Richard Layard อ้างอิงจากดวงพร หิรัญรัตน์. 2543: 14) เสนอแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความสุขโดยรวมปัจจัยภายนอกและภายในไว้ด้วยกัน ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ในครอบครัว 2) สถานภาพทางการเงิน 3) การทำงาน 4) เพื่อนและการมีส่วนร่วมในชุมชน 5) สุขภาพ 6) การมีอิสระเสรีภาพในการแสดงออก และ 7) ความรู้สึกทางด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าของตนเอง และการมีปรัชญาของชีวิต และประเวศ วะสี (2548) ได้อธิบายองค์ประกอบของความสุขเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ๆคือ ความสุขมาจากปัจจัยภายนอก ซึ่งวัดได้จากความอยู่ดีมีสุขร่วมกับปัจจัยภายในนั่นคือสภาวะของจิตใจนั่นเอง

3.2 แนวคิดทฤษฎีความสุข

Ed Diener นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความอยู่ดีทางอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็นสามมิติซึ่งในแต่ละมิติสามารถแยกส่วนการวิเคราะห์หรือออกจากกันได้ คือมิติที่ 1) เป็นความรู้สึกทางบวก กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ความรู้สึกทางบวกบ่อยครั้งแค่ไหน มิติที่ 2) เป็นความรู้สึกทางลบ กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ความรู้สึกทางลบบ่อยครั้งแค่ไหน และมิติที่ 3) ความพึงพอใจในชีวิต กล่าวคือการที่ปัจเจกบุคคลประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในภาพรวมอย่างไร (Diener 1984; Diener et al. 1985, 1999) ซึ่งมิติที่หนึ่งเทียบได้กับความสุข มิติที่สองเทียบได้กับความทุกข์ ความสุขนั้นเป็นสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละช่วงเวลาเมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่มากระทบความรู้สึก ส่วนความพึงพอใจในชีวิตนั้น โดยทั่วไปแล้วมีความคงที่มากกว่าความสุข เนื่องจากเป็นผลจากกระบวนการประเมินชีวิตของตนเองในทุกด้าน แล้วตัดสินใจว่าตนเองมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใด (Nettle 2005) แน่่อนว่าความสุขและความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อคนเรามีความพึงพอใจในชีวิตมากย่อมมีความสุขมากตามไปด้วย และตัวแปรที่ใช้ทำนายความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตก็เป็นชุดเดียวกัน (รศรินทร์ เกรย์; วรชัย ทองไทย; และเรวดี สุวรรณพเก้า. 2553: 25-26)

องค์ดาไลลามะที่ 14 มีความเชื่อเกี่ยวกับความสุขว่า จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของมนุษย์คือการแสวงหาความสุขเป็นจุดหมายปลายทาง ไม่ว่าคนนั้นจะนับถือศาสนาใดหรือไม่นับถือศาสนาเลยก็ตาม และเข้าถึงความสุขได้ด้วยการฝึกจิตผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และวิธีการดำเนินชีวิต (ไฮเวิร์ด. 2553: 10-11)

3.3 ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

จากการตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขผู้ป่วยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องนี้กันโดยตรง แต่ได้มีงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการศึกษาเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน จากงานวิจัยของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532: บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าทัศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่นเดียวกับงานวิจัยของสนธยา พิชัยกุล (2533: บทคัดย่อ) ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วย จะเห็นว่างานวิจัยข้างต้นได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาเชื่อมโยงกับความสุขได้ นั่นคือผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมนำมาซึ่งความสุขได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ดังนั้นในการวิจัยเรื่องความสุขของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงพิจารณาทั้งในแง่ของความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการทางด้านอารมณ์และสังคมประกอบกัน ความต้องการทางด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายคือในเรื่องของปัจจัย 4 นั่นเอง ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัยรวมไปถึงการได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ อากาศที่บริสุทธิ์ ทรัพย์สิน เงินทอง หรือแม้กระทั่งรถเข็นหรือเครื่องช่วยเดิน เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอแล้ว ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ความพึงพอใจในขั้นหนึ่ง แต่ผู้ป่วยโรคนี้ก็เหมือนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆตรงที่ผู้ป่วยต้องประสบกับสภาพความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน กับโรคของตนเป็นระยะเวลายาวนานและไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้ได้ง่ายและมีความต้องการพึ่งพิงบุคคลอื่น ต้องการ

ความรักและกำลังใจจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลที่ตนรักเพิ่มมากขึ้น หากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเองได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งหมดอย่างเพียงพอ ย่อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเข้มแข็ง และสร้างประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคมได้

3.4 การวัดความสุข

จากการตรวจสอบเอกสารเรื่องการวัดความสุข พบว่าได้มีการสร้างแบบวัดความสุขของมนุษย์ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1930-1940 โดยเริ่มใช้การวัดผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product :GDP) ในการวัดความอยู่ดี กินดีของคน มี 2 วิธีวัดคือการวัดจากรายจ่ายที่จ่ายให้สินค้าและบริการขั้นสุดท้ายและการวัดจากรายได้ ที่ได้จากการขายสินค้าและบริการขั้นสุดท้าย ต่อมาองค์การสหประชาชาติอย่าง UNDP ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาของมนุษย์ หรือที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Human Development Index (HDI) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วนสำคัญได้แก่ การประเมินอายุเฉลี่ยของประชากร ระดับความรู้หนังสือในแง่อ่านออกเขียนได้ และรายได้เฉลี่ย แล้วคำนวณออกมาเป็นคะแนนหนึ่งถึงร้อย โดยที่ประเทศที่มีคะแนนต่ำกว่า 50 คะแนน ถือว่ามีพัฒนาการของประชากรต่ำ และหากมากกว่า 80 คะแนนก็ถือว่าสูง ทว่า HDI ก็มีขีดจำกัดที่สมบูรณ์และยังมีข้อจำกัดในการวัดความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในประเทศต่างๆ ต่อมาปี ค.ศ. 1972 ประเทศภูฏานประกาศเน้นการวัดความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness : GNH) โดยมีแนวคิดว่าการพัฒนาสังคมมนุษย์ที่แท้จริงเกิดจากการพัฒนาทางด้านวัตถุและจิตใจควบคู่กันไปเพื่อเติมเต็มและส่งเสริมซึ่งกันและกัน GNH ในบริบทของภูฏานจึงเป็นรูปแบบการพัฒนาที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ประชากรทุกคนมีโอกาสพบความสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการ หรือเสาหลักแห่งความสุขทั้งสี่ (Four pillars of happiness) คือ

- 1) การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน (Sustainable economic development)
- 2) การอนุรักษ์และส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม (Cultural conservation)
- 3) การรักษาสีงแวดล้อมทางธรรมชาติ (Nature preservation) และ
- 4) การมีธรรมาภิบาล (Good governance)

อย่างไรก็ตาม เราสามารถวัดระดับความสุขขั้นพื้นฐานได้ เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพของโภชนาการ การมีที่อยู่อาศัย การศึกษา สุขภาพ และชีวิตชุมชน ดังนั้น ดัชนีชี้วัดความสุขจึงอาจจะเป็นดัชนีต่างๆ ที่สะท้อนสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของมนุษย์ ซึ่งวัดได้ในระดับปัจเจกบุคคลด้วย เพื่อให้ประชาชนแต่ละคนและแต่ละชุมชนสามารถวัดความก้าวหน้าในการแสวงหาความสุขของตน โดยดัชนีดังกล่าวต้องสนับสนุนความรับผิดชอบต่อสังคม การมีธรรมาภิบาล และการดำเนินกิจกรรม

ทางเศรษฐกิจที่สร้างสรรค์สังคมส่วนรวม ทั้งในชีวิตประจำวันและนโยบายการพัฒนาประเทศในระยะยาว (Karma Ura; & Karma Galay.2547: unpage)

สำหรับในประเทศไทยมีดัชนีวัดองค์ประกอบความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขโดยใช้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (ความมั่นคงของมนุษย์) ปีพ.ศ.2533 ต่อมาปีพ.ศ. 2538 ใช้แบบวัดระดับการพัฒนาที่ยั่งยืนพัฒนาโดย United Nations Commissions on Sustainable Development ปีพ.ศ. 2540 ได้มีการใช้ดัชนีวัดความสุขของประชาชนชาวไทย โดยนพ.ยงยุทธ ขจรธรรม และคณะ ปีพ.ศ. 2545 กรมสุขภาพจิต เริ่มใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย และในปีพ.ศ. 2546 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ใช้ดัชนีความอยู่ดีมีสุขของคนไทย

เทียนทอง ต๊ะแก้ว (2550: บทคัดย่อ) ได้สร้างดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 33 ตัวชี้วัด 80 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านร่างกายมี 4 ตัวชี้วัด คือสถานะที่ดีทางร่างกาย พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การตอบสนองที่ดีต่อการรักษาและการพึ่งสถานบริการสุขภาพน้อยลง 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ ปัญญาและความเชื่อ มี 12 ตัวชี้วัดคือ ความสามารถในการปรับตัวต่อเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการความทุกข์ การควบคุมอารมณ์ ความพอใจในตนเอง ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ การรับรู้ทางเพศ ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อคนอื่น การให้ความหมายของชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรู้จักวางแผนชีวิตและความศรัทธาในศาสนาและความเชื่อ 3) องค์ประกอบด้านครอบครัวมี 3 ตัวชี้วัดคือ ความอบอุ่นในครอบครัว ครอบครัวพร้อมให้การช่วยเหลือ และการจัดการในครอบครัว 4) องค์ประกอบด้านสังคมมี 8 ตัวชี้วัดคือ การยอมรับจากชุมชน การไม่ถูกแบ่งแยกจากชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน การมีสัมพันธภาพดีกับคนอื่น การมีส่วนร่วมในชุมชน การทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม การได้รับบริการทางการแพทย์และการได้รับสวัสดิการสังคม 5) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจมี 3 ตัวชี้วัด คือการมีกินมีใช้ ความไม่ขัดสนด้านการเงิน และการได้ทำงาน 6) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 ตัวชี้วัด คือ สิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ สิ่งแวดล้อมสะดวกสบาย ยามเจ็บป่วย และความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โมเดลดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไค-สแควร์เท่ากับ 308.04 ที่องศาอิสระ 271 ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.060 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเท่ากับ 0.988 และดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วเท่ากับ 0.9 และผลประเมินการใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมาก

การวัดความสุขในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีความสุขมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะท้าย

ในการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศึกษาตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) (ดูจเดือน พันธมนาวิน, 2550; อ้างอิงจาก Endler; & Magnusson; 1976; Walsh, Craik; & Price, 2000; Tett; & Burnett. 2003) ซึ่งกล่าวถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ไว้ 3 กลุ่มสาเหตุ ดังนี้ 1) ปัจจัยทางจิต เป็นจิตลักษณะที่เกิดจากการสะสมตั้งแต่เด็กและติดตัวบุคคลมาในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งมักเป็นจิตลักษณะที่มีพื้นฐานมาจากการอบรมถ่ายทอดทางสังคม จากสถาบันทางสังคมที่สำคัญ เช่น ครอบครัว โรงเรียน ศาสนา เป็นต้น ลักษณะจิตลักษณะเดิมได้แก่ สติปัญญา บุคลิกภาพ แรงจูงใจ ประสิทธิภาพแห่งตน เหตุผลเชิงจริยธรรม 2) ปัจจัยสถานการณ์ หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล อาจเป็นสิ่งที่ชีวิตเช่น พ่อแม่ เพื่อนหรือสิ่งไม่มีชีวิตเช่น อากาศ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์และตีความสิ่งที่อยู่รอบตัว เช่น รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง หรือ เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมนำปรารถนา หรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมขัดขวางพฤติกรรมมิให้เกิดพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยจิตสถานการณ์ เป็นจิตที่มีความเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณและ/หรือในเชิงคุณภาพได้มาก อันเป็นผลของสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับลักษณะของจิตเดิมของบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด เช่น ความเครียดหรือความวิตกกังวลกับสถานการณ์ใกล้สอบ จะมีผลต่อพฤติกรรมการทำข้อสอบ หรือความเชื่อในความสามารถของตนเองในการรับทำงานชิ้นใหม่ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสถานการณ์หนึ่งๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมดังกล่าว คือ 1) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก 2) ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และได้ศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา อธิบายได้ดังนี้

4.1 ปัจจัยทางจิต

4.1.1 การปฏิบัติทางศาสนา

การปฏิบัติทางศาสนาหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับศาสนกิจ เป็นการปฏิบัติตามความเชื่อหรือคำสอนทางศาสนา และความเชื่อทางศาสนาจะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรม บรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต และวิธีการคิดของบุคคลในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติตน การศึกษา การพัฒนาบุคลิกภาพ สุขภาพกายสุขภาพจิตและวิธีการแก้ปัญหาชีวิต รวมทั้งศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ระดับบุคคล และระดับชุมชนเมื่อมีการทำกิจกรรมทางศาสนาหรือประกอบพิธีทางศาสนาด้วยกัน ซึ่งการทำกิจกรรมทางศาสนาด้วยกันจะมีอิทธิพลยึดเหนี่ยวสังคมชุมชนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (อภิญวัฒน์โพธิ์สาน. 2555)

เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติทางศาสนามีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางศาสนากับพฤติกรรมทางสุขภาพซึ่ง Gott,P. (1998) ได้สรุปผลการศึกษาไว้ดังนี้

1. คนที่นับถือศาสนามักจะมีสุขภาพและการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตที่ดี
2. บุคคลจะได้รับประโยชน์ทางสังคมในการทำกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน
3. ศาสนามีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมความรู้สึกให้คนเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในเชิงจิตวิทยา
4. การสวดมนต์และการทำสมาธิอาจช่วยให้ผู้คนจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นที่พอใจ
5. การนับถือศาสนาสามารถก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวกซึ่งมีผลต่อภูมิคุ้มกัน
6. การมีศรัทธาด้านบวก มีความหวังจะช่วยให้ผู้มีศรัทธามีกำลังใจรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดีขึ้น

ดังนั้นในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจึงได้มีการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมทางศาสนาหรือมิติทางจิตวิญญาณว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร

จากการศึกษาของ Thomas,C.J.; & Washing, T.A. (2012) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฟอกเลือดในผู้ป่วยแอฟริกันจำนวน 176 คนจากหน่วยล้างไต 4 แห่งพบว่า ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการร่วมกิจกรรมทางศาสนากับสุขภาพกาย

จุฑามาศ วารีนแสงทิพย์ (2553: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ (อานาปานสติ) หรือการสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ ผลพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าการปฏิบัติทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางของผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

4.1.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

รอตเตอร์ (Rotter. 1966) ได้อธิบายลักษณะความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมหนึ่งจะเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อยๆจะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้คือความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความพยายามไม่มีความกระตือรือร้น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ความเชื่ออำนาจภายในตนซึ่งจะกระตือรือร้น มานะพยายามที่จะต่อสู้กับปัญหาต่างๆเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต และมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ต้องการให้บุคคลอื่น หรือโชค เคราะห์ความบังเอิญ เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตน

Rotter กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง และความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) นั้น หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น

คุณลักษณะผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) (Rotter. 1966: 1)

1) เป็นผู้มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต 2) พยายามปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมไปตามลำดับขั้น 3) เห็นคุณค่าของทักษะ หรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามของตนเอง 4) ยากที่จะชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

ความเชื่ออำนาจภายในกับพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีผลในทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะสนใจและเห็นคุณค่าของการรักษาสุขภาพตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ ในสถานการณ์ที่รู้ว่าตนเองยังขาดความรู้และไม่มีความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนจะแสวงหาความรู้และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ดี

กรรณิการ์ พัฒนผลดุสิตวิทยา (2542: 81) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับซีแมนและซีแมน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 65 ; อ้างอิงจาก Seeman; & Seeman. 1983: 144-160) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย และการรับการตรวจสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสถานภาพของสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,210 คน ในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพดีกว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมในด้านต่างๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าและมีสถานภาพสุขภาพดีกว่า กล่าวคือ ไม่เจ็บป่วย สูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางของผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

4.1.3 ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky.1987 อ้างอิงจาก สุนันทา เทพหนู. 2550) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเผชิญต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบทั้งภายในและภายนอก โดยที่บุคคลนั้นจะสามารถอธิบายถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมได้อย่างมีเหตุผล สามารถทำนายหรือคาดการณ์ได้ ตลอดจนสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและสามารถให้ความหมายและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ ว่ามีค่าในการจัดการรวมถึงเห็นคุณค่าในการกระทำของตน โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก มีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) ความสามารถในการเข้าใจ (Comprehensibility) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ที่สิ่งเร้าที่มากกระตุ้นหรือมาเผชิญ ซึ่งอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวเองหรือมาจากภายนอกตัวเอง เป็นสิ่งที่มีระบบ ระเบียบ มีโครงสร้าง มีความชัดเจนสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล สามารถทำนายหรือคาดการณ์ได้ สามารถจัดระบบ ระเบียบได้ และถึงแม้มีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้นอย่างกะทันหันบุคคลก็ไม่วิตก หรือหวั่นไหว และพร้อมที่จะทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมดังนี้ 1.1) มีความเข้าใจในตนเองตระหนักรู้ใน

ตนเอง 1.2) สามารถอธิบายและบอกสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล 1.3) สามารถทำนายหรือคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ 1.4) ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) หมายถึง ความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ มีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และกระทบต่อตนเองทั้งภายในและภายนอกได้ โดยรับรู้ว่าจะสามารถวางแผนจัดการและเลือกวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ตลอดจนสามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่ตนมีภายในตนเอง (ความเชื่อมั่นในตนเอง การให้กำลังใจตนเองการมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวก การมีความหวัง) หรือจากแหล่งช่วยเหลืออื่น (เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อน แหล่งข้อมูลต่าง ๆ) เพื่อนำมาจัดการแก้ปัญหา หรือความต้องการของตนได้ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมดังนี้ 2.1) มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ 2.2) ดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2.3) สามารถหาแหล่งช่วยเหลืออื่นที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาได้ 2.4) เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา 3) ความสามารถในการเห็นคุณค่าและความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง ความสามารถในการให้คุณค่าความหมาย และความสำคัญแก่สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่ามีคุณค่าควรแก่การจัดการและแก้ไข รวมถึงมีความรู้สึกเห็นคุณค่าการกระทำของตนและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรม ดังนี้ 3.1) อธิบายได้ว่าการกระทำของตนมีความหมาย 3.2) มีแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา 3.3) มองเห็นคุณค่าในตนเอง 3.4) ให้กำลังใจตนเอง

พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2538: 3) ได้อธิบายลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ดังนี้

1. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบที่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามตนเอง แต่เป็นสิ่งที่ทำหายได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และถ้าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงประเมินสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามก็จะประเมินในลักษณะที่มีความสำคัญกับตนเองในระดับที่เป็นจริงหรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่จะส่งผลในทางที่ดีต่อตนเอง ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าปัญหาต่าง ๆ จะคลี่คลายลงได้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามันจะกลับกลายเป็นปัญหาที่มีหนทางแก้ไข และแก้ไขโดยใช้เหตุผล

2. เมื่อมีสิ่งเร้าสิ่งเดียวกันมากกระทบบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะรู้สึกทำหาย ตื่นเต้น ขณะเดียวกันผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะรู้สึกสิ้นหวัง และเฉื่อยชา

3. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะประเมินสิ่งเร้าอย่างมีระบบ มองปัญหาได้ตรงกับความจริง และมองว่าตนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการปรับ จึงมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ และมีประสิทธิภาพ ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเข้มแข็งต่ำ จะมีความสับสน

มักหลีกเลี่ยงในการแก้ปัญหาและมีแนวโน้มจะมีการละทิ้งปัญหาดังแต่ต้น จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหารวมทั้งปัญหาสุขภาพทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดี

เนื่องจากบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก จะสามารถเผชิญหรือรับมือกับปัญหาต่างๆรวมทั้งปัญหาสุขภาพได้ดี จึงช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาของจินดาวรรณ อุดมพัฒนกร (2539: 61) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลพบความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย อึดทนโน้ทนึ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพาระหว่างกัน และการปรับตัวโดยรวม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะมีการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้ต่อไป เช่นเดียวกับ การศึกษาของจันทนา เตชะคฤห (2540: 60) ที่ศึกษาเรื่องความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.23 การศึกษาของนภวรรณ พลพินิจ (2547: 57) ในเรื่องผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการเข้าใจ ความสามารถในการจัดการและด้านการเห็นคุณค่าสูงขึ้นหลังจากได้รับคำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ ทำให้ผู้ป่วยได้สัมผัสความรู้สึกที่แท้จริงของตนและพร้อมที่จะรับผิดชอบ การตัดสินใจและการกระทำของตน ที่สำคัญคือพร้อมที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตนเองได้ต่อไป

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางของผู้วิจัยในการศึกษารั้งนี้

4.2 ปัจจัยสถานการณ์

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลรวมถึงการได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของต่างๆ จากกลุ่มบุคคลทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทำให้ได้รับรู้ว่าได้รับความรักใคร่ ผูกพัน ได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของทำให้รู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง เห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (ชนิสรา ปัญญาเริง; และคนอื่นๆ. 2551: 93-96; อ้างอิงจาก Cobb, 1976)

ไพศาล แยมวงษ์ (2555) สรุปประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ ความรู้สึกของความรัก และห่วงใย การทำให้ไว้วางใจรวมถึง ความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของให้กับบุคคล เมื่อบุคคลรู้สึกว่่าเรื่องต่างๆ มีคนรับฟังและให้คุณค่า เขาก็จะพัฒนาการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ดูแลตนเอง และเกิดความมีคุณค่าในตัวเองเพราะการสนับสนุนทางอารมณ์ที่เข้มแข็งและคงที่กับสภาวะสุขภาพที่ดี

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental support) หมายถึงการให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม จับต้องได้ (Tangible Support) และการให้บริการซึ่งได้ช่วยบุคคลที่มีความต้องการโดยตรง เช่น การให้การช่วยเหลือทางการเงินและการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ ช่วยทำให้บุคคลมีความพึงพอใจชีวิตมากขึ้น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อช่วยใหบุคคลรับรู้สถานการณ์ของปัญหาที่กำลังเผชิญ

4. การสนับสนุนทางด้านศักดิ์ศรี (Esteem support) เป็นลักษณะของการสนับสนุนซึ่งทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติ หรือการแสดงออกในเชิงสร้างสรรค์ในลักษณะที่เห็นด้วยกับความคิดหรือความรู้สึกหรือให้กำลังใจและทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่่าตนเองมีคุณค่า มีความหมายและพร้อมที่จะต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้มีองตนในแง่ดี และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) แหล่งสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านหรือเรียกรวมว่ากลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ 2) แหล่งสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพสุขภาพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ หรือเรียกรวมว่ากลุ่มช่วยเหลือวิชาชีพ

ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ปัจจัยได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสังคมปฐมภูมิ และ 2) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นแหล่งสังคมทุติยภูมิ

4.2.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมสุขภาพ เช่นงานวิจัยของอัศรา อารวรรณ์ (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายการ

เปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 20.6 ซึ่งสอดคล้องกับกรณีกา
 ลองจำนง (2547: 71-72) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน
 จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตรงกับงานวิจัย
 ของพิมพ์วรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547: 79) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การ
 สนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการใน
 คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์
 เสรีวิวัฒนา (2541: 39) ซึ่งได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดู
 แลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
 การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
 มาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

4.2.2 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
 ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
 พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และ
 ได้เสนอแนะว่า พยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่าง
 เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับรู้คุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกันกับผลการวิจัยของประภา
 รัตน์เมธวณิช (2532: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสนอแนะเช่นเดียวกันว่าพยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางในการแนะนำ
 ครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการ
 สนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ
 ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางของผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

4.3 ปัจจัยจิตสถานการณ์

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

ทัศนคติ หมายถึง (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. 2545: 138) สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component) หมายถึง ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือทำทางที่ดี - ไม่ดี และ 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึง แนวโน้ม ความตั้งใจหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำบางสิ่งบางอย่างต่อคนใดคนหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทางใดทางหนึ่ง

คุณลักษณะของทัศนคติดังนี้ 1) ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ 2) ทัศนคติดีมีลักษณะที่คงทนถาวรอยู่นานพอสมควร 3) ทัศนคติดีมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว คือ บอกลักษณะดี - ไม่ดี ชอบ - ไม่ชอบ เป็นต้น 4) บอกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของและบุคคลกับสถานการณ์ว่าจะมีความสัมพันธ์ไปทางทิศทางใด

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์หรือความรู้สึก และแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นั่นคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกหรือเชิงลบ ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นมีทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางใด ในการวิจัยครั้งนี้เน้นทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นภายในที่พักอาศัย การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการบำบัดดูแล

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของเพนเดอร์ (วิลโล่ ตั้งตระกูล. 2543: 53; อ้างอิงจาก Pender.1987) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพในบุคคลวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหากเกี่ยวกับงานการดูแลสุขภาพครอบครัว และภาวะต่างๆในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ภายใต้การพึ่งพาของตนเอง ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่มีเวลาเอาใจใส่หรือให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้โดยทั่วไป ได้แก่ความพอใจ ความศรัทธา การเห็นคุณค่า จินตนาการ ซึ่งช่วยให้คนเรายอมรับเอาความรู้และประสบการณ์ไว้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ดีขึ้นและ จากผลการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551: 83) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของ

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองก่อให้เกิดความสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตน ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของวอลซ์ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 58; อ้างอิงจาก Walsh.1985) ที่ศึกษาพฤติกรรมการวิ่งออกกำลังกายของบุคคล พบว่า ผู้ที่วิ่งออกกำลังกายจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่วิ่งออกกำลังกายและมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่วิ่งออกกำลังกาย

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางของผู้วิจัยในการศึกษารั้งนี้

4.4 ปัจจัยชีวิตสังคม

4.4.1 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลตามที่โอเรียม (Orem. 1991: 239) กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ

จากการศึกษาของรจนารถ ล่วงลือ (2536: 68) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์; และคนอื่นๆ (2538: 89) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง และโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ Lee; & Molassiotis (2002: Abstract) ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1,005 คน อายุเฉลี่ย 49.68 ปี พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มคนอายุน้อยกว่า กล่าวคือ มีระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zrinyi. et al (2003: Abstract) พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากมีการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อยโดยประเมินจากระดับฟอสเฟตในเลือด

4.4.2 เพศ

เพศนอกจากเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกในครอบครัว ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้ผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน ทำให้เพศชายถูกยกย่องจากสังคม มองตนเองว่ามีค่า

เหนือกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของรจนารถ ล่วงลือ (2536: 69) ที่พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงในเกือบทุกด้าน ยกเว้นการได้รับน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการอยู่อาศัย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุมพล อังควิศิษฐพันธ์ (2547: 85) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตโดยเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเพศหญิง และเพศมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ เพศต่างกันจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zrinyi; et al (2003: Abstract) พบว่าเพศชายมีการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารดีกว่าเพศหญิงโดยประเมินจากระดับฟอสเฟตในเลือด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551 :81) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของอัสรา อวารณ (2540 :บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

4.4.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษาช่วยพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา ทักษะและเจตคติ เพราะได้รับความรู้และประสบการณ์มากขึ้น สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีขึ้น มีประโยชน์ในการคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติ (Molzahn; & Northcott. 1989)

การศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอัสรา อวารณ (2540: 97) ได้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญาถึงระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษาถึง มัธยมศึกษา สอดคล้อง

กับการศึกษาของวริยา สุขวงศ์ (2545: 69) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

4.5. ความสามารถในการดูแลตนเองกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

จากการตรวจสอบเอกสารและงานวิจัย พบว่ายังไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย แต่ได้มีการศึกษาในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับความสุขในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ส่วนงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551 :81) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538: 93) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดข้างต้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ว่าสามารถดูแลตนเองได้ในระดับใด และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) ซึ่งพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางจิต 3 ปัจจัย ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพและความเข้มแข็งในการมองโลก 2) ปัจจัยสถานการณ์ 2 ปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ปัจจัยจิตสถานการณ์ 1 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ และศึกษาปัจจัยด้านชีวิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา ว่ามีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือไม่ รวมทั้งศึกษาว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายโดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 275 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 200 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัด รวมทั้งเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดที่ได้คืนกลับมา พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นแบบวัด "ฉันในปัจจุบัน" ประกอบด้วย

- 2.1 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ
- 2.3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
- 2.4 แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา
- 2.5 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัด "สังคมของฉัน" ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว
- 3.2 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

ตอนที่ 4 เป็นแบบวัด "ความสุขของฉัน" ได้แก่ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะทำ

โดยแบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะทำ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นเอง แบบวัดทั้งหมดมีรายละเอียดและขั้นตอนการสร้าง ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลชีวสังคม

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะทำที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

ตอนที่ 2 เป็นแบบวัด "ฉันในปัจจุบัน" ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจาก อัลตรา อวารณ์ (2540: 66-67) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Conbrach's alpha) เท่ากับ .73 มาใช้เป็นพื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ ตรงมากที่สุด ตรงมาก ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย จำนวน 19 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะทำที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 14 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .300 ถึง .789 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .843 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

ข้อความ	ตรง มากที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
(+) ท่านได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น รับประทานไข่ขาวมากขึ้น เพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ ดีขึ้น
(+) ท่านจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสม เมื่อท่านรู้สึก อ่อนเพลียทำอะไรไม่ค่อยไหว

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
ความสามารถในการดูแลตนเอง	ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, และข้อที่ 11	ข้อที่ 12, 13 และข้อที่ 14

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “ตรงมากที่สุด” ถึง “ไม่ตรงเลย” ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้

- 1.00 – 2.00 มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยมาก
- 2.01 – 3.00 มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย
- 3.01 – 4.00 มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก
- 4.01 – 5.00 มีความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด

2.2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่ปรับปรุงจาก เบญจมาศ นาควิจิตร (2551: 57-58) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Conbrach's alpha) เท่ากับ .75 มาใช้เป็นพื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 11 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 9 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .363 ถึง .817 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .823 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(+) ท่านเห็นว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
(+) ท่านเห็นว่าการปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์เป็นวิธีคลายเครียดที่ดีและมีประโยชน์

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ	ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,7,8, และ ข้อที่ 9	-

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	ข้อที่ 1,3,6,7,8 และข้อที่ 10	ข้อที่ 2,4,5 และข้อที่ 9

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 0 จาก “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.4 แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา

การวัดการปฏิบัติทางศาสนา ใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากวิลลาสลักษณะน์ ชั้ววลลี และคนอื่น ๆ (2547) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .79 มาใช้เป็นพื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริงและไม่จริงเลย จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 9 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .359 ถึง .769 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .830 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
(+)ฉันมักใช้เวลาว่างไปในการศึกษาหลักคำสอนทางศาสนา
(+)ฉันชอบที่จะไปเที่ยวตามแหล่งศาสนสถานมากกว่าสถานที่อื่น ๆ

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
การปฏิบัติทางศาสนา	ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7 และ ข้อที่ 9	ข้อที่ 6 และ ข้อที่ 8

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 0 จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด”
 ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีกรปฏิบัติทางศาสนามากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.5 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

การวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากแบบวัดของเซอร์รี ทองเพ็ญ (2537: 54) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Conbrach's alpha) เท่ากับ .75 มาใช้เป็นพื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และไม่จริงเลย จำนวน 16 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 9 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .355

ถึง .737 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .857 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

ข้อความ	จ ริ ง ที่ สุด	จ ริ ง มาก	จ ริ ง ป าก น กลาง	จ ริ ง น้อย	ไม่จริง เลย
(+)เมื่อฉันพบปัญหาที่ยุงยาก แนวทางแก้ไข ของฉันมักจะแจ่มชัดเสมอ
(+)เมื่อฉันพบสิ่งที่ไม่สมหวัง ฉันมักจะปล่อยให้ ตัวเองเป็นทุกข์จนไม่เป็นอันกินอันนอน

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
ความเข้มแข็งในการมองโลก	ข้อที่ 1,2,3,4,6,7,8,9 และ ข้อที่ 10	ข้อที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย”
ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความ
เข้มแข็งในการมองโลกมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัด “สังคมของฉัน” ประกอบด้วย

3.1 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

การวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจาก เบญจมาศ
นาควิจิตร (2551:59-60) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .86 มาใช้เป็น
พื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating
scale) 5 ระดับตั้งแต่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ
โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มี

ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 10 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .383 ถึง .821 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .903 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่าง แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
(+)เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีสิ่งกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาแก่ท่าน
(+)บุคคลในครอบครัวคอยดูแลให้ท่านไปรับการ ตรวจสุขภาพเป็นประจำและตรงตามนัด

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจาก ครอบครัว	ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9 และข้อที่ 10	-

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

3.2 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

การวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ใช้แบบวัดที่ปรับปรุงจากเบญจมาศ นาควิจิตร (2551:60-61) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87 มาใช้เป็นพื้นฐานและปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า

(Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 16 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 10 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .513 ถึง .791 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .899 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตัวอย่าง แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
(+)บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาการเจ็บป่วย
(+)บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแก่ท่าน

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์	ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9 และข้อที่ 10	-

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ตอนที่ 4 เป็นแบบวัด “ความสุขของฉัน” ได้แก่

4.1 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายขึ้นเอง การสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ข้อคำถามต้องครอบคลุมนิยามของความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มาก เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 คนตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามของความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าแบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 20 ข้อ ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 17 ข้อ มีค่า Item-total correlation อยู่ระหว่าง .290 ถึง .729 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .901 (รายละเอียดตาม ภาคผนวก ข)

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
(+) ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
(+) ท่านรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น

ลักษณะข้อคำถามของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

เนื้อหา	ข้อคำถาม	
	ทางบวก	ทางลบ
ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย	ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 15, และข้อที่ 17	ข้อที่ 7, 9, 11, 12 และข้อที่ 16

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 4 ถึง 1 จาก “มากที่สุด” ถึง “ไม่เลย”
ข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความสุขมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

การแบ่งระดับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้

1.00 – 1.75	มีความสุขต่ำ
1.76 – 2.50	มีความสุขปานกลาง
2.51 – 3.25	มีความสุขสูง
3.26 – 4.00	มีความสุขสูงมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบวัดตรวจสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา โดยนำเสนออาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้วทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 2/3 ขึ้นไป

2. นำแบบวัดที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) โดยมีค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดแต่ละฉบับ โดยวิเคราะห์ความคงที่ภายใน (Internal consistency) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากเลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งฝากแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานช่วยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยจากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับจึงนำมาวิเคราะห์ผลในลำดับต่อไป

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจให้คะแนน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ทั้งชนิดโดยรวม (Enter) และเป็นขั้น (Stepwise)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย และแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับของความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายกับปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพและผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยใช้ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ เป็นตัวทำนาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยหาค่าร้อยละ ปรากฏผลดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจำแนกตามปัจจัยเพศ อายุและระดับการศึกษา

ปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
อายุน้อยกว่า 40 ปี	58	29
อายุ 40-60 ปี	104	52
อายุมากกว่า 60 ปี	38	19
2. เพศ		
ชาย	113	56.5
หญิง	87	43.5
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	69	34.5
มัธยมศึกษาตอนต้น - อนุปริญญา	91	45.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	40	20
รวม	200	100

จากตาราง 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมามีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 29 และมีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีจำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 และเป็นเพศหญิง 87 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงอนุปริญญาจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมามีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับของความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายปรากฏผลดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองและ
ความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ปัจจัย	จำนวนคน		ระดับ
	n = 200		
	\bar{x}	S.D.	
ความสามารถในการดูแลตนเอง	3.63	.50	ปานกลาง
ความสุข	2.86	.48	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่าระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายกับปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพปรากฏผลดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ตัวแปร	sc	re	il	soc	ssf	ssm	a	h
sc	1	.560**	.263**	.465**	.377**	.416**	.644**	.475**
re		1	.300**	.576**	.410**	.460**	.572**	.529**
il			1	.316**	.068	.253**	.222**	.284**
soc				1	.378**	.452**	.547**	.555**
ssf					1	.466**	.323**	.351**
ssm						1	.452**	.417**
a							1	.396**
h								1

n = 200, ** p ≤ .01, *p ≤ .05

หมายเหตุ sc หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง re หมายถึง การปฏิบัติทางศาสนา
 il หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ soc หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลก
 ssf หมายถึง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ssm หมายถึง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์
 a หมายถึง ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ h หมายถึง ความสุข

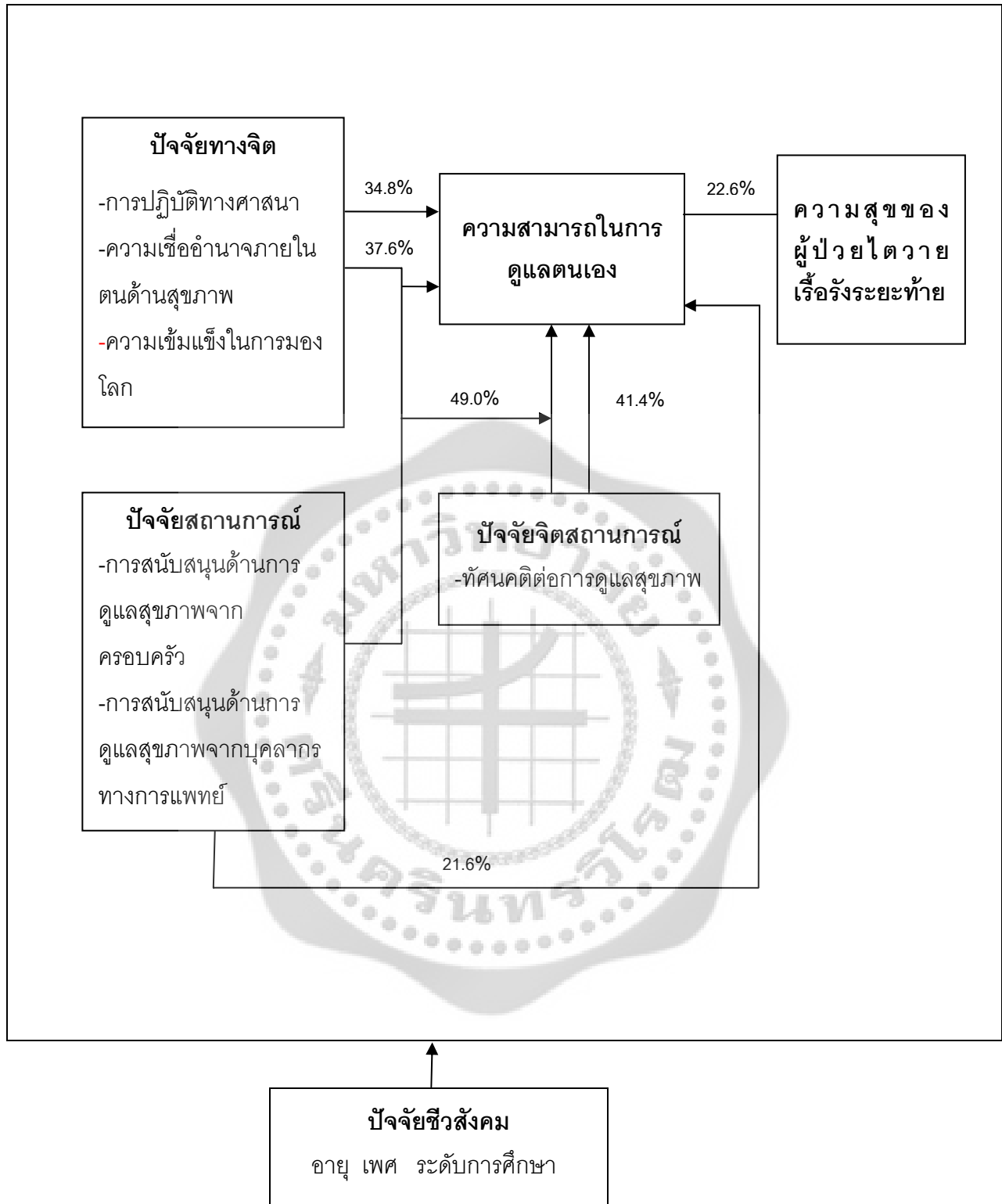
จากตาราง 4 พบว่าปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1

สำหรับตัวแปรปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

สำหรับตัวแปรปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3

และพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยใช้ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพโดยใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ชนิดโดยรวม (Enter) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายที่ละกลุ่มตัวแปร ปรากฏผลดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 อิทธิพลของการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายโดยรวม (Enter)

จากภาพประกอบ 2 พบว่าปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายชนิดโดยรวม (Enter) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 49

เมื่อจำแนกตามกลุ่มตัวแปรพบว่า ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 34.8

ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 21.6

และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 41.4 ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5

และพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 22.6

ต่อมาผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายโดยใช้ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ในกลุ่มรวม และในกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยใช้การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของตัวแปรแต่ละตัวในแต่ละกลุ่มตัวแปร และความสามารถในการทำนายของทุกตัวแปรในภาพรวม ปรากฏผลดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศและระดับการศึกษา

จำแนกตาม ปัจจัย ชีวสังคม	จำนวนคน	ปัจจัยทางจิต		ปัจจัยสถานการณ			ปัจจัยจิตสถานการณ			ปัจจัยทั้งหมด			
		(1 -3)		(4 - 5)			(6)			(1-6)			
		R ² %	ตัวทำนาย	β	R ² %	ตัวทำนาย	β	R ² %	ตัวทำนาย	β	R ² %	ตัวทำนาย	β
รวม	200	34.4	1, 3	.424, .232	21.6	5, 4	.307, .233	42.8	6	.654	48.7	6, 1, 4	.481, .222, .128
อายุน้อยกว่า 40 ปี	58	47.9	3	.709	33.2	5, 4	.380, .288	46.4	6	.681	53.5	6, 3	.452, .339
อายุ 40 – 60 ปี	104	26.4	1	.513	12.7	5	.356	32.2	6	.568	40.1	6, 1	.419, .317
อายุมากกว่า 60 ปี	38	33.1	1	.575	26.0	5	.510	46.8	6	.684	46.8	6	.684
ชาย	113	38.9	1, 3	.421, .265	22.7	4, 5	.289, .262	39.4	6	.628	45.6	6, 1	.420, .325
หญิง	87	26.8	1	.518	17.9	5	.424	48.1	6	.693	52.2	6, 1	.578, .234
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	69	28.9	1	.538	28.2	5	.531	32.6	6	.571	42.3	6, 5, 1	.418, .346
มัธยมศึกษาตอนต้น – อนุปริญญา	91	37.0	1, 3	.376, .302	16.9	4	.411	46.3	6	.681	49.4	6, 1	.534, .229
ปริญญาตรีขึ้นไป	40	36.8	1, 3	.352, .351	19.6	4	.443	55.6	6	.745	60.6	6, 2	.671, .237

ตัวแปรทำนาย :

1 = การปฏิบัติทางศาสนา

3 = ความเข้มแข็งในการมองโลก

5 = การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

2 = ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

4 = การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

6 = ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยอธิบายตาราง 5 โดยแยกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนแรก นำเสนอผลการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในกลุ่มรวม โดยใช้ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแปรทำนาย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 48.7 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงสุดและลำดับรองลงมา ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ($\beta=.481$) การปฏิบัติทางศาสนา ($\beta=.222$) และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ($\beta=.128$) ตามลำดับ โดยปัจจัยทางจิต ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 34.4 ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ($\beta=.424$) และความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta=.232$) ปัจจัยสถานการณ์ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 21.6 ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta=.307$) และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ($\beta=.233$) และปัจจัยจิตสถานการณ์ ทำนายได้ร้อยละ 42.8 ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ($\beta=.654$)

ส่วนที่สอง นำเสนอผลการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายในกลุ่มย่อย โดยใช้ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ เป็นตัวแปรทำนาย เมื่อจำแนกตามปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเป็นลำดับแรกในทุกปัจจัยชีวสังคมได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ในลำดับรองลงมา ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มปัจจัย พบว่ากลุ่มปัจจัยทางจิตที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในทุกปัจจัยชีวสังคมได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา กลุ่มปัจจัยสถานการณ์ที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในปัจจัยชีวสังคมส่วนใหญ่ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ รองลงมาได้แก่การสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากครอบครัวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น-อนุปริญญา และระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป สำหรับปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในทุกปัจจัยชีวสังคม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
3. เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามอายุ เพศและระดับการศึกษา
4. เพื่อทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจากความสามารถในการดูแลตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
2. ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
3. ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
4. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ในกลุ่มรวม
5. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ในกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามตัวแปรอายุ เพศ และระดับการศึกษา
6. ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่มารับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2556 จำนวน 200 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก

1.2 ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์

1.3 ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

1.4 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง แบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และแบบวัดทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากเลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งฝากแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานช่วยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยจากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับจึงนำมาวิเคราะห์ผลในลำดับต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษา

2. ใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองกับปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 2 และข้อที่ 3

3. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ทั้งชนิดโดยรวม (Enter) และเป็นขั้น (Stepwise) หาความสามารถในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองตัวแปรเกณฑ์ กับตัวแปรทำนายทางด้านปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยจิตสถานการณ์ในกลุ่มรวม และในกลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 และข้อที่ 5

4. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ชนิดโดยรวม (Enter) ทำนายความสุขจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การปฏิบัติทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยจิตสถานการณ์ ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์ ปัจจัยจิตสถานการณ์ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 49 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงสุดและรองลงมา ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติทางศาสนา และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ตามลำดับ

4. ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ร้อยละ 22.6

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของงานวิจัยดังนี้

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อันเป็นผลมาจากสภาวะโรคและวิธีการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง เช่นการอาบน้ำและการสระผมในผู้ป่วยที่มีท่อสำหรับฟอกเลือดอยู่ที่บริเวณคอ ต้องกระทำอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ซึ่งจะเกิดการติดเชื้อขึ้นมาได้ หรือแขนข้างที่มีการตัดต่อเส้นเลือดสำหรับใช้ในการฟอกเลือดนั้นจะไม่สามารถยกของหนัก นอนทับ หรืออยู่ในท่าอแขนได้นานเหมือนเดิมได้ เป็นต้น ความสามารถในการจำ การคิดเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากปริมาณของเสียที่สะสมอยู่ภายในร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และความสามารถในการติดต่อหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคูคนรอบข้างมากกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985) ที่ได้อธิบายการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย มีการใช้ความรู้ มีการพิจารณาและตัดสินใจโดยใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ มีระดับความสุขอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้ามากมายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับโรคและวิธีการรักษา เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการควบคุมเรื่องโภชนาการและน้ำดื่ม รวมทั้งการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติที่อาจเป็นสาเหตุให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นผู้ป่วยทุกรายจะมีเส้นเลือดที่ใช้สำหรับฟอกเลือดโดยเฉพาะซึ่งเส้นเลือดนี้คือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกอายเมื่อมีผู้พบเห็น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง กระดูกบางลงเนื่องมาจากการคั่งของของเสีย การไม่สามารถทำกิจกรรมได้ดังเดิม เช่น การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว การทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น โดยเฉพาะในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางซึ่งยังคงต้องมีการทำงาน การร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและกลุ่มสังคมอยู่มาก แม้สภาวะ

ของร่างกายไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้ทั้งหมดก็ตาม แต่การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและปรับพฤติกรรมรวมทั้งกิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้นั้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Ed Diener (Diener, 1984) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันที่มีแนวคิดเกี่ยวกับความสุขว่า ความสุขเป็นความรู้สึกทางบวกที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระทบความรู้สึก ไม่มีความคงที่เมื่อเทียบกับความพึงพอใจในชีวิต เพราะความพึงพอใจในชีวิตเป็นผลจากกระบวนการประเมินชีวิตของตนเองในทุกด้าน และความสุขและความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อคนเรามีความพึงพอใจในชีวิตมากย่อมมีความสุขมากตามไปด้วย (รศรินทร์ เกรย์; วรชัย ทองไทย; และเวรดี สุวรรณ นพเก้า. 2553: 25-26)

ปัจจัยเชิงสาเหตุของความสามารถในการดูแลตนเอง

เมื่อพิจารณาในกลุ่มรวม พบว่าปัจจัยทางจิต ปัจจัยสถานการณ์และปัจจัยจิตสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายและปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงสุดและรองลงมา ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแล สุขภาพ การปฏิบัติทางศาสนา และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ

ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้สูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความรู้สึที่ดีหรือให้คุณค่าต่อการดูแลสุขภาพในเรื่องต่างๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นภายในที่พักอาศัย การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การบำบัดดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจแล้ว มักจะแสวงหาแนวทางเพื่อดูแลตนเองให้เป็นไปตามที่ต้องการ ดังนั้นหากบุคคลนั้นมีทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพที่ดี และถูกต้องย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพที่ด้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551 : 83) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าทักษะคิดที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ

วอลซ์ (อุบล เลี้ยววาริณ.2534:58; อ้างอิงจาก Walsh.1985)ที่ศึกษาพฤติกรรมการวิ่งออกกำลังกายของบุคคล พบว่า ผู้ที่วิ่งออกกำลังกายจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่วิ่งและมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่วิ่ง และเพนเดอร์ (วิลโล่ ตั้งตระกูล.2543:53; อ้างอิงจาก Pender.1987)ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองในบุคคลวัยผู้ใหญ่ พบว่าทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้โดยทั่วไป ได้แก่ ความพอใจ ความศรัทธา การเห็นคุณค่า จินตนาการ ช่วยให้ผู้เรียนยอมรับเอาความรู้และประสบการณ์ไว้ทำให้เกิดการเรียนรู้ดีขึ้น

การปฏิบัติทางศาสนา

การปฏิบัติทางศาสนา สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เป็นอันดับสอง อาจเป็นเพราะคำสอนของแต่ละศาสนาสอนให้มีความตั้งมั่นในหลักสัจธรรมของโลก คือ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย มีการเตรียมตัว เตรียมใจรับกับทุกสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน และทำความดีให้แก่ตนเอง ครอบครัว สังคม ตามกำลังและโอกาสของแต่ละคน สอนให้คนพึ่งตนเอง และสามารถควบคุม กำกับตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ดังนั้น ผู้ที่ศึกษาและปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมเผชิญปัญหาและอุปสรรค สามารถแก้ไขปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติทางศาสนามีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางศาสนากับพฤติกรรมทางสุขภาพซึ่ง Gott,P. (1998) ได้สรุปผลการศึกษาไว้ดังนี้

- 1) คนที่นับถือศาสนา มักจะมีสุขภาพและการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตที่ดี
- 2) บุคคลจะได้รับประโยชน์ทางสังคมในการทำกิจกรรมทางศาสนา
- 3) ศาสนามีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกให้คนเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในเชิงจิตวิทยา
- 4) การสวดมนต์และการทำสมาธิอาจช่วยให้ผู้คนจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นที่พอใจ
- 5) การนับถือศาสนาสามารถก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวกซึ่งมีผลต่อภูมิคุ้มกัน
- 6) การมีศรัทธาด้านบวก มีความหวังจะช่วยให้ผู้มีศรัทธามีกำลังใจรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑามาศ วารีแสงทิพย์ (2553) ที่ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ (อานาปานสติ) หรือ การสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ ผลพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เป็นอันดับสาม อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยการดูแล เอาใจใส่ การยกย่องชมเชย และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ การจัดเตรียมยา ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายและการพามาพบแพทย์ นับเป็นการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกับความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547: 79) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับงานวิจัยของอัศรา อารวรรณ์ (2540); กรรณิกา ลองจ้านง (2547: 71-72) และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา (2541: 39)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อย พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีนั้น ปัจจัยทางจิตที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองคือความเข้มแข็งในการมองโลก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในวัยนี้เป็นวัยทำงาน มีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบมากทั้งในเรื่องครอบครัว การงานและความเจ็บป่วยของตนเอง จึงต้องมีการสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกให้มากกว่าคนวัยอื่นเพื่อให้เกิดความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุมีผล มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ เกิดอย่างมีระบบระเบียบ สามารถจะทำนายและคลี่คลายลงได้ตามที่คาดหวังไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินดาวรรณ อุดมพัฒน์กร(2539: 61) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลพบความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านร่างกาย อึดทนในทัศนคติ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพาระหว่างกัน และการปรับตัวโดยรวม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะมีการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้ต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทนา เตชะคุณ(2540: 60) ที่ศึกษาเรื่องความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.23 สอดคล้องกับการศึกษาของนภวรรณ พลพินิจ(2547: 57) ในเรื่องผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมอง

โลกด้านความสามารถในการเข้าใจ ความสามารถในการจัดการและด้านการเห็นคุณค่าสูงขึ้นหลังจากได้รับคำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ ทำให้ผู้ป่วยได้สัมผัสความรู้สึกที่แท้จริงของตนและพร้อมที่จะรับผิดชอบการตัดสินใจและการกระทำของตน ที่สำคัญคือพร้อมที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตนเองได้ต่อไป

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า พบว่านอกจากทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพจะเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองมาเป็นลำดับแรกแล้ว ยังมีปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และการปฏิบัติทางศาสนาร่วมด้วย สาเหตุที่ปัจจัยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างนี้เพิ่มขึ้นมา อาจเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความคาดหวังในเรื่องของการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ การปฏิบัติตัว การหาแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าในกลุ่มอื่น มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการหาความรู้เพิ่มเติมเพราะต้องทำงานหารายได้ หรืออาจต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจในข้อมูลความรู้ที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์นานกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และได้เสนอแนะว่า พยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับรู้คุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับกับผลการวิจัยของประภา รัตนเมธวณนที (2532) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสนอแนะเช่นเดียวกันว่า พยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป พบว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพเป็นตัวแปรทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และยังมีตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ด้วย อาจเนื่องมาจาก การศึกษาช่วยพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญา ทักษะและทัศนคติ เพราะได้รับข้อมูลและประสบการณ์มากขึ้น สามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดีขึ้น ทำให้มีความเฉลียวฉลาด สามารถคิดตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติ (MolZahn; & Northcott, 1989) สอดคล้องกับการวิจัยของสุดารัตน์ เพ็ชรขอบ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แหล่งทักษะภายในตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้าน

สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแหล่งทักษะภายในตนเอง ที่นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เช่นเดียวกับงานวิจัยของซีแมนและซีแมน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 65; อ้างอิงจาก Seeman; & Seeman. 1983: 144-160) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพสารที่เป็นโทษต่อร่างกาย และการรับการตรวจสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสถานภาพของสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,210 คน ในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพดีกว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมในด้านต่างๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าและมีสถานภาพสุขภาพ กล่าวคือ ไม่เจ็บป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้ อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ มีความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากกระบวนการรักษาพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อผู้อื่นต้องการได้ สามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีประโยชน์ต่อสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของริชาร์ด เลย์าร์ด (Richard Layard อ้างอิงจากดวงพร หิรัญรัตน์. 2543: 14) เรื่ององค์ประกอบของความสุข ที่รวมปัจจัยภายนอกและภายในไว้ด้วยกัน กล่าวคือถึงแม้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ต้องดูแลสุขภาพของตนเองตามภาวะของโรคซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกก็ตาม แต่ปัจจัยภายในคือความรู้สึกทางด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าของตนเอง และการมีปรัชญาของชีวิตของผู้ป่วยนั้นยังคงสามารถเกิดขึ้นและคงอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมีความสุขในขณะที่ได้รับการรักษาได้ ซึ่งตรงกับงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551: 81) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต้นสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับงานวิจัยของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532); ประภา รัตนเมธาพนธ์ (2532); สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538: 93); และสนธยา พิชัยกุล (2533: บทคัดย่อ)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติทางศาสนา และการสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว ตามลำดับ ดังนั้นครอบครัวจึงควรเริ่มปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งชักจูง สนับสนุน เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติทางศาสนาตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองโดยเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีปฏิบัติตัวขณะมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับประทานอาหารและยา การควบคุม น้ำหนัก การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะควรเน้นในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มนี้ต้องการการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการหาความรู้เพิ่มเติมเพราะต้องทำงานหารายได้ หรืออาจต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจในข้อมูลความรู้ที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์นานกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรทำความเข้าใจในข้อจำกัดของผู้ป่วยเหล่านี้และให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเรื่องความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้ตัวแปรอื่นๆที่คาดว่าจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วย เช่น ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคไตวาย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความความสามารถในการดูแลตนเอง และก่อให้เกิดความสุขได้
2. ควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ขณะที่รับการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย
3. ควรมีการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่น และนำผลการศึกษามาพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความสุขของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่นตามสมควร



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ลองจำนง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. ปริญญาสาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (พฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ดน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล .ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เกรียง ตั้งสง่า และ ไตรรักษ์ พิสิษฐ์สกุล. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน *Nephrology*. สมชาย เขียมช่อง. หน้า 1223-1264. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดของผู้ป่วยไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑามาศ วารีแสงทิพย์. (2553). *การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จันทนา เตชะคฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- ชนิสรา ปัญญาเจริญ; และคนอื่นๆ. (2551). เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*. 35(2). pp. 93-103.
- ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *ปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต (พัฒนามนุษย์และสังคม)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เชอวีรี ทองเพ็ญ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐวุฒิ ไตนำชัย; พิสุทธิ กตเวทิน; และ สมชาย เขียมอ่อน. (2551). Overview of Renal Replacement Therapy. ใน *Textbook of Peritoneal Dialysis*. สมชาย เขียมอ่อน เกียรติ ตั้งสง่า อนุตตร จิตตพันธ์ เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศย์ ดุสิต ล้ำเลิศสกุล และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ. หน้า 16. กรุงเทพฯ: เทกซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2550). รูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมและแนวทางการตั้งสมมุติฐาน ในการวิจัยสาขาจิตพฤติกรรมศาสตร์ในประเทศไทย. *วารสารพัฒนาสังคม*. 9(1): 85-117
- ดวงพร หิรัญรัตน์. (2543). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2550). การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. *วิทยานิพนธ์ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- นภวรรณ พลพินิจ. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. *ปริญญาโท กศ.ม.* กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นุชนารถ แก้วกันเนตร. (2555). ประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจำกัดน้ำต่อการควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขขอ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต้นสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประเวศ วะสี. (2548). มรรค 12 สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข ถ้าปรารถนาความอยู่เย็นเป็นสุขก็ต้องใช้ดัชนีวัดความอยู่เย็นเป็นสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ; และ สกานต์ บุณนาค. (2554). ชีวิตใหม่หลังปลูกถ่ายไต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- พระธรรมโกศาจารย์ (ปัญญา นันทภิกขุ). (ม.ป.ป.). ชีวิตที่เป็นสุข ความสุขยิ่งกว่าความสงบใจไม่มี. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2538). ข้อคิดชีวิตทวนกระแส. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ทูลส่งเสริมพุทธธรรม.
- พิมพ์วรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับความวิตกกังวลประจำตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยคริสเตียน. 4 (1). pp.32- 42.
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สารนิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- รจนารถ ร่วงลือ. (2536). *การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- รศรินทร์ เกรย์; วรชัย ทองไทย; และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). *ความสุขเป็นสากล*. นครปฐม. จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา คงขำ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาสังคมและครอบครัว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ถ่ายเอกสาร.
- วิลาสลักษณ์ ชวัลลสี; งามตา วนินทานนท์; และ วิริณห์ ธรรมนารถสกุล. (2547). *รายงานการวิจัย กรณี: ศึกษาบุคคลตัวอย่างและเครื่องชั่งวัดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมข้าราชการยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). *รายงานการวิจัย ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิไล ตั้งตระกูล. (2543). *พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2552*. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.nephrothai.org>.
- สุนันทา เทพหนู. (2550). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความเข้มแข็งในการมองโลกสำหรับนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา). พัทลุง: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ. ถ่ายเอกสาร.

- สุวรรณค์ พันธุ์เยี่ยม. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานเอนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2553*. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.nhso.go.th>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี พ.ศ. 2554-2563*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2555, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>.
- สนธยา พิชัยกุล. (2533). *ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์; และคนอื่นๆ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2(1). pp. 93 – 95.
- สร้อยสะอาง สว่างสมวงศ์. (2552). *ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. In Pave the way to seamless in RRT patients*. ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. หน้า 1-25. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์.
- แสงรวี มณีศรี. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิชัย มงคล; และคนอื่นๆ. (2551). *การสำรวจความสุขคนไทย ปีพ.ศ. 2548*. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.
- อภิศรา อรัญวัฒน์. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจำกัดน้ำเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. สารนิพนธ์ปริญญา พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- องค์การอนามัยโลก. (2551). *รายงานประจำปี 2551*. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2554, จาก www.siweb.dss.go.th/news/show_abstract.asp?article_ID=1739.

- อัศรา อารรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ไฮเวิร์ด ซี.คัทเลอร์. (2553). *ศิลปะแห่งความสุข. แปลโดย วัชรวิรรณ ชัยวรศิลป์. กรุงเทพฯ: เอส.พี.วี. การพิมพ์.*
- Alexandrova, Anna. (2005). Subjective well-being and Kahneman's objective happiness. *Journal of Happiness Studies*. 6: 381-484.
- Antonovsky, A (1987). *Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well* San Francisco : Jossey-Bass Inc Publisher.
- Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American psychologist*. 31: 117-124.
- Curtin, R.B.; & Mapes, D.L. (2001). Health care management strategies of long –term dialysis survivors. *Nephrology nursing Journal*. 28 .pp.385-394.
- Curtin, R.B.; et al. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*. 32(4). pp. 389-395.
- Gast, H.; et al. (1989). Self-Care Agency: Conceptualizations and Operationalizations. In *Advanced in Nursing Science*. 12(1). pp.26-38.
- Gott, Peter. (1998). *Health Education and Behavior*. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2556, จาก <http://hph.moph.go.th/?modules=HealthCulture&action=ViewHealthCulture&id=3>
- Hird, S.(2003). *What is well being? A Brief Review of Current Literature and Concepts*. NHS Health Scotland. April 2003.
- Irala, Teresa G.del valle and Carmen Puerta Gil (1999). "New Methodologies for Calculating the HDI". In *the First Global Forum on Homan Development*, July 29-31. New York: United Nations.

Karma Ura; & Karma Galay. (2547). *Gross National Happiness and Development*.

Proceedings of the First International Seminar on Operationalization of Gross National Happiness.

Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. London: Allen Lane.

Lee, S.; & Molassiotis, A.. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies*. 38. pp. 695-704.

MolZahn, A.E.; & Northcott, H.C. (1989). The Social bases of discrepancies in health/illness perception. *Journal of advanced Nursing*. 14(2). pp. 132-140.

Orem; D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Book.

----- (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

Orem; D.E.; & Taylor S. (1986). Orem's General Theory of Nursing. In *Case Study in Nursing Theory*. Winstead-Fry, P. New York: National League for Nursing.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 80(1). pp. 1-28.

Tomas, C.J.; & Washing, T.A. (2012). Religiosity and Social Support: Implications for the Health-Related Quality of Life of African American Hemodialysis Patients. *Journal of religion and health*. 15(4). pp. 1375-1385.

Zrinyi, M.; et al. (2003). Dietary self-efficacy: Determinant of Compliance behaviors and biochemical outcomes in hemodialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 18. pp. 1869-1873.





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รับการบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดเครื่องไตเทียม โดยในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดคือ คำตอบที่เป็นจริงตรงกับท่านมากที่สุด แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 4 ตอน ขอความกรุณาให้ท่านตอบข้อคำถามทุกข้อ

ขอขอบคุณยิ่งในการเสียสละเวลาอันมีค่าของท่าน
กนิษฐา จันทรคณา ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี
2. เพศ

ชาย	หญิง
-----	------
3. สถานภาพสมรส

โสด	สมรส	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
-----	------	---------------------------
4. ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา
มัธยมศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
5. รายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

ตอนที่ 2 ฉันทันปัจจุบัน

ส่วนที่ 1 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรงเล็ก น้อย	ไม่ตรง เลย
1. ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ					
2. ท่านจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสม เมื่อท่านรู้สึกอ่อนเพลียทำอะไรไม่ค่อยไหว					
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อมรอบตัวท่านอยู่เสมอ					
4. ไม่ว่าท่านจะทำอะไร ท่านจะคิดถึงผลที่จะมีต่อสุขภาพเป็นอันดับแรก					
5. ท่านรับประทานอาหารที่เพียงพอ เพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสมโดยควบคุมอาหารให้ถูกส่วน					
6. ท่านพยายามที่จะพึ่งตนเองให้มากที่สุด					
7. เมื่อท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแล้วไม่เข้าใจ ท่านจะได้ถามให้รู้เรื่อง					
8. ท่านซักถามเกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยาเมื่อต้องรับประทานยาใหม่					
9. ท่านได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น รับประทานไข่ขาวมากขึ้น เพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น					
10. ท่านมักจะดูแลความปลอดภัยของตนเองและครอบครัวอยู่เป็นประจำ					
11. ท่านได้ตรวจตราในสิ่งที่ท่านปฏิบัติอยู่ให้ถูกต้องเพื่อรักษาสุขภาพเป็นประจำ					
12. ท่านมักไม่ได้ให้เวลาในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน					

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรงเล็ก น้อย	ไม่ตรง เลย
13. ท่านไม่มีเวลาว่างให้กับการดูแลสุขภาพของตนเอง					
14. เนื่องจากท่านมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ท่านจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามที่ต้องการ					

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1. เมื่อท่านท้องผูก ท่านคิดว่าควรรับประทานยาระบายเพื่อป้องกันอันตรายจากการเบ่ง					
2. ท่านเห็นว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค					
3. เมื่อที่นอนไม่สะอาด ท่านเห็นว่าควรทำความสะอาดหรือเปลี่ยนใหม่ทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ					
4. ท่านชอบจัดบ้านให้เป็นระเบียบอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ					
5. ท่านทำงานบ้านด้วยตัวเอง เพราะช่วยทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง					
6. ท่านเห็นว่าการทำกิจกรรมทางศาสนาตามโอกาส ช่วยให้อารมณ์ดีและมีความสุข					
7. ท่านเห็นว่าการปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์เป็นวิธีคลายเครียดที่ดีและมีประโยชน์					
8. ท่านชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์					
9. ท่านพอใจที่ท่านดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1. เมื่อฉันเจ็บป่วยการปฏิบัติตัวของฉันจะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายเร็วหรือช้า						
2. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						
3. การที่ฉันเจ็บป่วยเป็นเพราะฉันไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง						
4. การที่ฉันมีสุขภาพดี เป็นเพราะฉันโชคดี						
5. การเจ็บป่วยเป็นเพราะเคราะห์กรรม						
6. ถ้าฉันดูแลสุขภาพของตัวเองดีพอ ฉันคงไม่เจ็บป่วย						
7. ถ้าฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
8. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของฉันคือการที่ฉันใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง						
9. คนที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยก็เพราะชาติก่อนเขาทำบุญมาดี						
10. ฉันสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยได้						

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนา

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันชอบที่จะไปเที่ยวตามแหล่งศาสนสถานมากกว่าสถานที่อื่น ๆ						
2. ฉันมักระลึกถึงบุคคลสำคัญทางศาสนาของฉัน เมื่อผ่านสถานที่ทางศาสนา						
3. อาชีพของฉันเป็นอาชีพที่ไม่ทำให้ฉันผิดข้อบัญญัติทางศาสนาเช่น ไม่ต้องฆ่าสัตว์ไม่ต้องโกหก						
4. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตในการทำความดี ตามคำสั่งสอนของศาสนา						
5. ฉันมักใช้เวลาว่างไปในการศึกษาหลักคำสอนทางศาสนา (+)						
6. ขณะเที่ยวกับเพื่อนฝูงฉันมักไม่สนใจว่าสิ่งที่กระทำลงไปนั้นจะผิดข้อบัญญัติทางศาสนาหรือไม่						
7. ฉันชอบสนทนาเกี่ยวกับคำสอนของศาสนา						
8. ฉันรู้สึกว่าเป็นศาสนิกชนแต่เพียงในนามหรือในทะเบียนเท่านั้น						
9. ฉันช่วยเหลือคนอื่นและสังคมอยู่เสมอ						

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่ จริง เลย
1. ฉันมักจะพบว่าฉันคาดคิดเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเสมอ					
2. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อฉันต้องการทำอะไรก็ตามที่ฉันต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ฉันมีความรู้สึกว่าจะทำสำเร็จอย่างแน่นอน					
3. ฉันมองชีวิตของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ					
4. ฉันคิดว่าคนเรามักจะหาทางแก้ปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้เสมอ					
5. เมื่อฉันพบกับสิ่งที่ไม่สมหวัง ฉันมักจะปล่อยให้ตัวเองเป็นทุกข์จนไม่เป็นอันกินอันนอน					
6. เมื่อฉันพบกับปัญหาที่ยุ่งยาก แนวทางแก้ไขของฉันมักจะแจ่มชัดเสมอ					
7. ฉันรู้สึกแน่ใจว่าฉันจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้					
8. เมื่อฉันคิดถึงชีวิตของตนเอง ฉันมักจะยินดีที่มีชีวิตอยู่					
9. ฉันมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างชัดเจน					

ตอนที่ 3 สังคมของฉัน

ส่วนที่ 1 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1. บุคคลในครอบครัวคอยพูดคุยให้ท่านเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย					
2. บุคคลในครอบครัวพาท่านไปออกกำลังกายในบริเวณลานกว้างๆ					
3. เมื่อเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย บุคคลในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์					
4. บุคคลในครอบครัวได้ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเจ็บป่วย					
5. บุคคลในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น นิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์มาบอกท่าน					
6. บุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรคของท่าน					
7. บุคคลในครอบครัวคอยดูแลให้ท่านไปรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำและตรงตามนัด					
8. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีสิ่งกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาแก่ท่าน					
9. บุคคลในครอบครัวได้จัดเตรียมหรือจัดซื้ออุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้ท่าน					
10. บุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดยาให้ท่านรับประทานเมื่อท่านต้องการ					

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1. บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแก่ท่าน					
2. บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาการเจ็บป่วย					
3. บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับอาการของท่าน					
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์					
5. บุคลากรทางการแพทย์ได้แจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวแก่ท่าน					
6. บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแก่ท่าน					
7. บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาและกำลังใจเมื่อท่านต้องการแม่แต่ปัญหาส่วนตัว					
8. บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดเตรียมบอร์ด คู่มืออาหาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไว้ให้ท่านได้ศึกษาเข้าใจเพิ่มขึ้น					
9. บุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง					
10. บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือท่านเมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับยาหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษา					

ตอนที่ 4 ความสุขของฉัน

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี				
2. ท่านทำใจได้ที่ต้องไปรับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเป็นประจำ				
3. ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
4. ท่านรู้สึกเป็นสุขกับการทำงานหรืองานบ้าน				
5. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน				
6. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการได้				
7. ท่านรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น				
8. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม				
9. ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่ดูแลท่าน				
10. ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับการบำบัดดูแลขณะฟอกเลือด				
11. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับโรคที่เป็น				
12. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับวิธีการรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน				
13. ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัย				
14. ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน				
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
16. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถปรึกษาบุคคลที่ท่านไว้ใจได้				
17. ท่านมีบุคคลที่ยินดีมารับ-ส่งท่านขณะมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาล				

ขอขอบคุณยิ่งในการเสียสละเวลาอันมีค่าของท่าน
กนิษฐา จันทรคณา ผู้วิจัย



ภาคผนวก ข

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 6 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.586
2	.418
3	.636
4	.471
5	.410
6	.499
7	.532
8	.474
9	.369
10	.789
11	.732
12	.300
13	.519
14	.361

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองทั้งฉบับเท่ากับ .843

ตาราง 7 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.574
2	.681
3	.636
4	.629
5	.652
6	.669
7	.503
8	.548
9	.446
10	.616
11	.508
12	.455
13	.473
14	.550
15	.695
16	.729
17	.290

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขทั้งฉบับเท่ากับ .901

ตาราง 8 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.363
2	.399
3	.584
4	.817
5	.491
6	.496
7	.430
8	.661
9	.656

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพทั้งฉบับเท่ากับ .823

ตาราง 9 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.246
2	.301
3	.473
4	.693
5	.515
6	.370
7	.415
8	.545
9	.498
10	.257

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพทั้งฉบับเท่ากับ .762

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการปฏิบัติทางศาสนาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.359
2	.769
3	.494
4	.532
5	.599
6	.359
7	.731
8	.419
9	.713

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการปฏิบัติทางศาสนาทั้งฉบับเท่ากับ .830

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.355
2	.387
3	.641
4	.661
5	.552
6	.660
7	.623
8	.621
9	.737

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกทั้งฉบับเท่ากับ .857

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.642
2	.648
3	.712
4	.623
5	.698
6	.694
7	.729
8	.763
9	.821
10	.383

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัวทั้งหมดเท่ากับ .903

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.529
2	.699
3	.699
4	.665
5	.778
6	.791
7	.584
8	.513
9	.643
10	.659

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งฉบับเท่ากับ .899



ภาคผนวก ค
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

อาจารย์ ดร. ชัญญา ลีศัตรุฟาย	ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ	ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาว อภัสรา อรัญวัฒน์	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ศูนย์ไตเทียมกัลยาณวัฒนา 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช





ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวกนิษฐา จันทรคณา
วันเดือนปีเกิด	6 มิถุนายน 2522
สถานที่เกิด	เชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	117/31 แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	ประถมศึกษาปีที่ 6 จาก โรงเรียนอนุบาลเชียงใหม่
พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาตอนต้น จาก โรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์
พ.ศ. 2540	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์
พ.ศ. 2544	ปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ