

๒๒๖.๒๑๔
๑๔๙๙๑
๙.๓

แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์

ของ

อจรร่า จังพานิช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

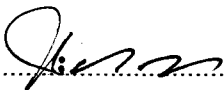
เมษายน 2541

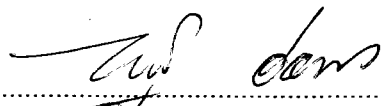
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒๒๖.๒๑๔

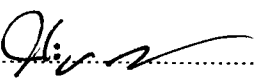
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

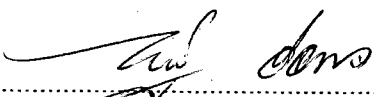
คณะกรรมการควบคุม

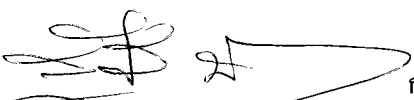

..... ประธาน
(อาจารย์ประยูร สะสม)


..... กรรมการ
(อาจารย์เรื่อไทไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

คณะกรรมการสอบ

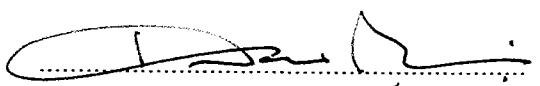

..... ประธาน
(อาจารย์ประยูร สะสม)


..... กรรมการ
(อาจารย์เรื่อไทไพบูลย์ อ่อนมั่ง)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ๒๗ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๑

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย ความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ประยูร สะสม และอาจารย์ เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจ และแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผลสำเร็จ จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ แพทย์หญิง ภัทรา กุระทอง แพทย์หญิง ธนันดา ตระการวณิช อาจารย์สำหรับ แดงทองดี อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร ที่ได้กรุณาตรวจ แบบสอบถาม และให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ มารดา ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ตั้งงานวิจัยนี้ และบิดาที่เคารพรัก ครู อาจารย์ ทุกท่านที่เคยประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่การงานและ การศึกษา และสิ่งสำคัญที่สุด คือ ความช่วยเหลือและกำลังใจ จากอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คุณสันติ จังพานิช คุณวันปิติ จังพานิช คุณเกสริน ชัยพรหม และ คุณจรัญศิริ ชัยพรหม ที่ได้เป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมานะ อดทนในการศึกษา จนประสบความสำเร็จด้วยดี จึงขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

อัจฉรา จังพานิช

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	41
การวิจัยในต่างประเทศ.....	41
การวิจัยในประเทศไทย.....	45
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	57
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	58
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	58
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	60
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	60
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	66
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	66

บทที่	หน้า
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	101
บทย่อ.....	101
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	101
วิธีดำเนินการวิจัย.....	101
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	102
อภิปรายผล.....	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	112
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	113
บรรณานุกรม.....	114
ภาคผนวก.....	129
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	147

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	67
2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแบบแผนชีวิต.....	70
3 ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.....	70
4 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ.....	71
5 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ.....	73
6 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ.....	73
7 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ.....	74
8 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ.....	76
9 วิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ.....	76
10 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	78
11 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	80
12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	80
13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	82
14 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ.....	82
15 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ.....	85

16	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ.....	85
17	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ของคะแนนแบบแผนชีวิตรายคู่ จำแนกตามอาชีพ.....	87
18	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามรายได้.....	88
19	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามรายได้.....	90
20	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามรายได้.....	91
21	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	92
22	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	94
23	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต รายด้านของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	94
24	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	96
25	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	98
26	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต รายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	99

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	56
-------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติดำเนินไปอย่างได้ผล สามารถควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ โรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ ทำให้แนวโน้มของการตายด้วยโรคติดเชื้อมีอัตราลดลง (สาธารณสุข. 2537 : 82) ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการค้นพบยาปฏิชีวนะใหม่ๆ วัคซีนป้องกันโรคและการสาธารณสุขของประเทศดีขึ้น ขณะที่อัตราการตายของโรคติดเชื้อเริ่มลดลงโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อกำลังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยความพิการและการตายสูงขึ้น (Porapakkham and Prasartkul. 1986 : 214) อีกทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีการใช้พลังงานของร่างกายน้อยลง มีการประกอบอาชีพที่ต้องทำงานอยู่กับที่ ทำให้เกิดความเครียดของประสาทและกล้ามเนื้อ มีไขมันพอกพูนตามร่างกาย มีชีพจรขณะพักสูง ปรับตัวต่อความเครียดได้น้อย ความแข็งแรงลดลง และมีความยืดหยุ่นน้อย(Burt and Miller. 1972 : 2521) ปัจจัยดังที่กล่าวมาจะเป็นพฤติกรรมหรือนิสัยส่วนบุคคลที่ปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต (Life Styles) ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นมาช้านาน จากสาเหตุต่าง ๆ กันและได้ขยายกลายเป็นปัญหาใหญ่ ที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากโรคนี้ได้ทำลายสุขภาพของประชากรในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอิทธิพลต่อความเจริญรุ่งเรืองของประเทศชาติ จากการศึกษาของ รัชสุริย์ จันทเพชร (2536 : 49) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังมีอายุอยู่ในช่วง 15-70 ปี เฉลี่ยประมาณ 45 ปีซึ่งเป็นวัยที่มีศักยภาพในการใช้สติปัญญา ความคิด ความสามารถในการสร้างสรรค์คุณประโยชน์ให้แก่สังคม เป็นวัยที่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการเป็นพลังช่วยผลักดันให้ประเทศชาติสามารถพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจสังคม ให้ก้าวหน้าทัดเทียมนานาอารยประเทศได้มากที่สุด แต่เมื่อเกิดปัญหา จากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง กลับทำให้เกิดผลตรงข้ามคือ ประเทศชาติขาดกลุ่มประชากรสำคัญ ที่จะช่วยพัฒนาประเทศ และยังคงรับภาระในการรักษาพยาบาลเลี้ยงดู ผู้ป่วยที่ไร้สมรรถภาพ เนื่องจากร่างกายและจิตใจเสื่อมสภาพจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ กลายเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมที่จะต้องสูญเสียเงินงบประมาณส่วนหนึ่งไปเพื่อบรรเทาอาการเป็นเวลานานช้าแล้วช้าเล่า แต่ไม่สามารถรักษาให้โรคหายได้จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียกลุ่มประชากร ที่เป็นทรัพยากรบุคคลอันมีค่าเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข (สาธารณสุข. 2537 : 66 - 68) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคไตทั้งหมด ซึ่งจบชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรังทั่วประเทศไม่รวมกรุงเทพมหานคร

พบว่าเสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง 231,140 คนในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มขึ้นเป็น 372,140 คน ในปี พ.ศ. 2537 และมีรายงานการป่วยด้วยโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากอัตราผู้ป่วยทั่วประเทศ 6.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2529 (สาธารณสุข. 2533 : 208) เพิ่มขึ้นเป็น 8.2 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มสูงขึ้นถึง 27.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2537 (สาธารณสุข. 2537 : 134) สำหรับในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปีพ.ศ.2539 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ามารักษา และเสียชีวิตคิดเป็น ร้อยละ 27 (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. 2539: 49)

จากสถิติสาธารณสุขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ยังคาดว่าอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายด้วยโรคไตวายเรื้อรัง สืบเนื่องมาจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ซึ่งโดยลักษณะของโรคเรื้อรังมีหลายโรคที่มักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เมื่อเป็นโรคหนึ่งอาจนำไปสู่อีกหลายโรค เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น (ประทอง อินทรสมบัติ . 2534 : 144) ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียพยาธิสภาพของไตตามมา

ไตเป็นหนึ่งในอวัยวะที่ใช้ในการขจัดของเสีย จัดสารควบคุมสมดุลของร่างกาย ปรับอุณหภูมิในร่างกายให้เหมาะสม สร้างสารที่มีคุณสมบัติไปกระตุ้นการทำงานของไขกระดูก สร้างสารที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกทางเพศ ความดันโลหิต และสารอื่น ๆ อีกหลายชนิด เมื่อไตมีคุณสมบัติและหน้าที่มากมายดังที่กล่าวมาแล้ว และยังคงทำงานตลอด 24 ชั่วโมงของทุก ๆ วันตลอดชีวิต จึงมีหน่วยงานย่อยจำนวนนับล้านหน่วย ผลัดเปลี่ยนหน้าที่ทดแทนกันโดยอัตโนมัติ และถึงแม้ว่าไตจะเสียหายไปกว่าร้อยละ 80 ไตส่วนที่เหลืออยู่ก็ยังคงทำหน้าที่ได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไตวายเป็นจำนวนมากมาพบแพทย์เมื่อไตมีสภาพที่แก้ไขให้ทำงานเป็นปกติได้ยาก ภาวะไตวาย เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ของไต แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ไตวายเฉียบพลัน และไตวายเรื้อรัง ในกรณีเป็นไตวายเรื้อรัง พบได้ถึงร้อยละ 83.92 ของประชากรที่เป็นไตวายทั้งหมด (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. 2528 : 8)

วชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีเตียงรับผู้ป่วยในได้ประมาณ 940 เตียง และเปิดบริการให้การตรวจรักษาผู้ป่วยโรคไตวายทุกวัน จากสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ในแต่ละปีมีดังนี้ พ.ศ. 2537, 2538, 2539 จำนวน 759, 808 และ 848 คน สำหรับคลินิกเฉพาะโรคไตนี้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2515 ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไตเฉพาะราย ที่มีปัญหาทุกวันอังคารตอนบ่าย ปัจจุบันมีผู้ป่วยหมุนเวียนในคลินิกโรคไตประมาณ 400 คน การศึกษาวิเคราะห์ทะเบียนของผู้ป่วยไตวายทั้งหมด พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วนเท่ากับ 3 : 1 ผู้ป่วยโรคไตวายมีอายุต่ำสุด 16 ปี และสูงสุด 85 ปี พบมากในกลุ่มอายุ 40-59 ปี รองลงมาคือ อายุ 20-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานบ้าน รองลงมาคือค้าขาย และรับจ้าง มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยการรับประทานยา และการควบคุมอาหาร ร้อยละ 60 % อีกร้อยละ 40 % รับการรักษาโดยล้างไตผ่านทางช่องท้อง การทำไตเทียม เนื่องจากโรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการปรากฏ

อย่างช้าๆ เพราะหน่วยไตที่ยังอยู่สามารถทำหน้าที่กำจัดของเสียทดแทนได้ จนกระทั่งหน่วยไตได้ถูกทำลายไปมากกว่า ร้อยละ 80 จึงจะเกิดอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษา แต่การรักษาไม่สามารถแก้ไขให้ไตกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เพียงแต่ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวต่อไป วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) การล้างไต (Dialysis) หรือการปลูกถ่ายไตใหม่ (Renal Transplantation) ถึงแม้ว่าวิธีการปลูกถ่ายไตใหม่เป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ก็พบปัญหาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการขาดแคลนผู้บริจาคและไตที่ได้มาเข้ากันกับ ผู้ป่วยน้อยมากเพียง 1 ใน 5,000 ราย และยังเกิดปัญหาการปฏิเสธไตใหม่หลังการปลูกถ่ายอีกโดยไม่ทราบสาเหตุ (Tyndall. 1981 : 429)

สำหรับการรักษาด้วยวิธีล้างไต เป็นวิธีที่ยังยากซับซ้อนเสียค่าใช้จ่ายสูงมากประมาณ เดือนละหนึ่งหมื่นถึงสองหมื่นบาท เป็นการต่อชีวิตเพียงชั่วคราว ผู้ป่วยต้องพึ่งพากระบวนการล้างไตตลอดไปไม่มีวันหยุด (สุพรรณ วาณิชการ. 2532 : 27) ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการบำบัดตลอดเวลา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และการล้างไตเช่นนี้ จะไม่มีผลทำให้ไตกลับฟื้นคืนสภาพมาได้ เพียงแต่จะช่วยทำหน้าที่แทนไตได้เพียง ร้อยละ 10 ดังนั้นผู้ป่วยจะมีได้กลับแข็งแรงดังคนปกติ เพียงแต่เป็นการย้อนกลับไปเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะก่อนสุดท้ายเท่านั้น (สุชาติ อินทรประสิทธิ์. 2527 : 709) นอกจากนี้การล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม มักจะมีปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น กลุ่มอาการขาดสมดุล (Disequilibrium Syndrome) ความดันโลหิตต่ำ การตกเลือดภายใน จากการได้รับเซพารินมากเกินไป ภาวะโลหิตจาง สมองเสื่อม กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว และภาวะทางโภชนาการ (ชาญ โพชนุกูล. 3527 : 259 - 265) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความวิตกกังวลสูง ท้อแท้ สิ้นหวัง และซึมเศร้า (วิภาวี เวชรังษี. 2528 : ข) ส่วนผู้ป่วยที่ใช้วิธีกำจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง มักพบปัญหาเยื่อช่องท้องอักเสบ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทรนขอนแก่น พบสูงถึงร้อยละ 70 ในเวลา 1 ปี (ครุณี จันทร์เลิศฤทธิ์ และคณะ. 2532 : 23) ส่วนที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า เกิดการติดเชื้อ เฉลี่ยคนละครั้งใน 9 เดือน (พรรณนุปผา ชูวิเชียร. 2530 : 238) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับมาได้รับการรักษาแบบประคับประคองแทน (Geiser. 1983 : 299) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า วิธีการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต และการล้างไต มีข้อจำกัดหลายประการ และสภาพผู้ป่วยในเมืองไทยมักมีปัญหาจากสังคม เศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตมีเพียงส่วนน้อย นอกจากนี้ยังเป็นการรักษาที่ปลายเหตุเพียงเพื่อช่วยกำจัดของเสียออกจากร่างกายเท่านั้น แต่พยาธิสภาพยังคงดำเนินอยู่ ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลงตลอดเวลา แต่วิธีการรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยชะลอโรคมิให้กลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (End Stage Renal Failure) โดยการช่วยหยุดยั้งการทำลายหน่วยไตที่เหลือ เพื่อมิให้ไตเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการชะลอให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง ตั้งแต่ระยะต้นของโรค (สุพรรณ วาณิชการ. 2532 : ข) นี้ยังเป็นวิธี

การที่ประหยัดทั้งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย จำนวนบุคลากรสาธารณสุข และยังคงปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตอีกด้วย

วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองได้แก่ การควบคุมอาหารเฉพาะโรคด้วยการรับประทานอาหารโปรตีนจำเป็น การควบคุมอาหาร ที่ทำให้ของเสียคั่งมาก ได้แก่ การจำกัดอาหารเค็ม ผักผลไม้บางประเภท ตลอดจนการตรวจสอบ บันทึกรปริมาณน้ำดื่ม ปัสสาวะ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และเฝ้าสังเกตเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติต่าง ๆ ตามลักษณะของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้านมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้มีแบบแผนชีวิต ทางด้านบวกมากขึ้น ดังนั้นตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้การรักษาโรคนี้โดยวิธีประคับประคองประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สามารถควบคุมโรคได้ไม่ปล่อยให้ไตเสื่อมสภาพรุนแรง จนต้องพึ่งพาการล้างไต และยังสอดคล้องกับนโยบายหลักในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ที่เน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว แม้จะเกิดความเจ็บป่วยก็ตาม (สาธารณสุข. 2534)

เห็นได้ว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้น ในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จากภาวะไตวายเรื้อรังเหล่านี้ ทำให้ความต้องการปรับปรุงแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย การมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้อง จะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์ ให้เกิดพัฒนาการ และเกิดความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้เกี่ยวกับแบบแผนชีวิต เพื่อเลือกกิจกรรม ที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ผู้วิจัยได้เก็บสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ย้อนหลังตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2539 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่มารับการรักษารวมชายหญิงประมาณ 500 ราย โดยเฉลี่ยประมาณ 5 รายต่อวันและจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการมีแบบแผนชีวิตที่ดี และสนใจที่จะศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งนับวันจะมีผู้ป่วยจำนวนสูงขึ้น เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้ความรู้ แก่ประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยในการปรับปรุงแบบแผนชีวิตทางด้านสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ความมุ่งหมายของการศึกษากันคว้า

1. เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทราบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และแก้ไขแบบแผนชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพ
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
3. เป็นแนวทางในการวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต และการป้องกันโรคให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร
ประชากรเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2540 - มกราคม พ.ศ. 2541 ประมาณ 400 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 232 ราย
3. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย
 - 3.2 ตัวแปรตาม คือ แบบแผนชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แบบแผนชีวิต (Life Styles) หมายถึง ลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพฤติก ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามแบบแผนชีวิต ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Life Styles Assessment Question naires) ของ เฮตเลอร์ (Hettler. 1982 : 220 - 231)
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไตวายเรื้อรัง และมีสติสัมปชัญญะดี
3. อายุ หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้ (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. 2539)

3.1 อายุต่ำกว่า 20 ปี

3.2 อายุ 20-39 ปี

3.3 อายุ 40-59 ปี

3.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่จบชั้นสูงสุดผู้ป่วยไคววายเรื้อรัง แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.2 ประถมศึกษา

4.3 มัธยมศึกษา

4.4 อุดมศึกษา

5. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยไคววายเรื้อรังแบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2)

5.1 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ทำงานในสังกัดรัฐบาล / รัฐวิสาหกิจ

5.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่ แผงลอย

5.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้มีอาชีพในการทำนาทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

5.4 รับจ้าง เอกชน / ส่วนตัว หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือนหรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

5.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้ป่วยรวมถึงคู่สมรส หรือ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 382)

6.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

6.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

6.3 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

6.4 13,001 บาทขึ้นไป

7. สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น

7.1 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยไคววายเรื้อรังที่มีสามีภรรยาอยู่ด้วย

7.2 โสด หมายถึง ผู้ป่วยไคววายเรื้อรังที่ไม่เคยมีสามีภรรยา

7.3 หม้าย/หย่า/แยก หมายถึง ผู้ป่วยไคววายเรื้อรังที่เคยมีสามีภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันสามีหรือภรรยาเสียชีวิต/หย่าร้างกัน/แยกกันอยู่

8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรัง จนถึงวันที่ผู้ป่วยจบการศึกษา

8.1 น้อยกว่า 1 ปี

8.2 1 ปี - 2 ปี

8.3 ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี

8.4 ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี

8.5 4 ปีขึ้นไป

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล นั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง กับแบบแผนชีวิตโรคไตวายเรื้อรังและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แบบแผนชีวิต (Life Styles)

ในปัจจุบันทางการแพทย์และระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่านอกจากปัจจัยทางพันธุกรรม การติดเชื้อต่างๆ มีผลต่อสุขภาพแล้ว แบบแผนชีวิตของบุคคลยังมีความสำคัญต่อสุขภาพ เช่นกัน (Badura. 1984 : 341) ซึ่ง เวบสเตอร์ (Webster. 1985 : 713) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และ สถานบริการทางสุขภาพมี ร้อยละ 31 นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรม หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ มี ร้อยละ 16 และส่วนที่สำคัญที่สุดคือ แบบแผนชีวิต หรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้โดยลำพังเพื่อสุขภาพอนามัยมีถึง ร้อยละ 53 แบบแผนชีวิตเป็นการปฏิบัติ หรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถ ก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนการเรียนรู้ และการเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัย หากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสม ก่อให้เกิดความมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคล จะขึ้นอยู่กับปัจจัยแบบแผนชีวิตมากกว่าปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์ (ครุณี ชุมะวัต. 2533 : 1)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตไว้แตกต่างกัน เช่น

วิลเลย์ และ คามาโช (Wiley and Camacho. 1980 : 1) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในดุลยพินิจ ซึ่งเป็นส่วนที่ประพจน์เป็นปกติของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ซิงเกอร์ (Singer. 1982 : 303) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง แนวทางในการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้เป็นตัวนำกิจกรรมประจำวัน

โอเบรน์ และโอมาลเลย์ (O' Brien and O' Malley. 1982 : 39 - 40) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยที่ประพฤติในการดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ

ชุลท์ (Shultz. 1984 : 271) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยการดำรงชีวิต เฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้มีทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

คุลบอก, เอิร์ลส์ และมอริส (Kulbok, Earls and Montgomery. 1988 : 25) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง การที่บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งบุคคลนั้นได้เลือกแล้วโดยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของคนนั้น ในด้านดีหรือไม่ดีก็ได้

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 1) แบบแผนชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัย หรือ ชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนการเรียนรู้ และการเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัยหากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสม จะก่อให้เกิดมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคล จะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแบบแผนชีวิตมากกว่าด้านสิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 26) แบบแผนชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรม ส่วนบุคคลที่ประพฤติเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งผลบวก และผลลบต่อสุขภาพ

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 14) แบบแผนชีวิตหรือลีลาชีวิต หมายถึง การปฏิบัติตัวในกิจกรรมประจำวันของบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติทั้งทางบวก

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง ลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรม ส่วนบุคคลที่ประพฤติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

แบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิต ซึ่งเป็นขอบเขตความคิดที่กว้างขวางไม่รวมเฉพาะพฤติกรรมและเจตคติ แต่จะรวมถึงแนวทางหรือปรัชญาของชีวิตด้วย สุขภาพมีความสัมพันธ์กับนิสัยส่วนบุคคลและเครือข่ายสังคมข้อจำกัดทางสังคมมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพการดูแลสุขภาพที่มีปัจจัยเสี่ยงและข้อจำกัดทางสังคมที่ไม่ดี จะเกิดความเจ็บป่วยนำมาก่อน ดังนั้นแบบแผนชีวิตจึงรวมทั้งชนิดหรือประเภทของสังคม แบบแผนชีวิตจะรวมทั้งภูมิศาสตร์ในพื้นที่ที่อาศัย การดำเนินชีวิตในพื้นที่นี้จะประกอบด้วย ชนิดของรถที่ขับขี่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน ชนิดของเสื้อผ้าที่สวมใส่ ชนิดของกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและการทำกิจกรรมเวลาว่าง แบบแผนชีวิตจึงเป็นวิธีการของแต่ละบุคคลในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาตามแบบอย่างของพ่อแม่ และเกิดจากการเลียนแบบ ข้อมูลที่ได้รับมาจะเป็นสื่อกลางที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงชีวิต

แบบแผนชีวิตจึงเกิดจากการเรียนรู้และอาศัยแบบอย่าง แต่มีส่วนประกอบอีกหลายอย่างที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิต แบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กันในแบบปิด จึงก่อให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตัวอย่าง เช่น อิทธิพลต่อการเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น ในอดีตซื้ออาหารร้านขายของชำ ปัจจุบันซื้อหรือรับประทานอาหารในภัตตาคาร หรือแม้แต่รับประทานบนเครื่องบิน ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตจึงต้องปรับทั้งสองอย่างคือทั้งแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพโดยเปลี่ยนให้เหมาะสมกับชีวิตความเป็นอยู่ (Bruhn . 1988 : 70)

กรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบแผนชีวิต

เหตุผลแรกเริ่มจากสมมติฐานที่ว่า “สุขภาพดี” เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิต ซึ่งสามารถเข้าใจเรียนรู้ และปรับปรุงได้ โดยต้องอาศัยระยะเวลา และการพัฒนาตัวเองเพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนชีวิตคือ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ภาวะสุขภาพดีสามารถที่จะบอกได้ถึงปรัชญาและทัศนคติของแต่ละบุคคล ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไรบ้างกับระดับภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย ดังนั้นถ้าจะให้มีความสุขที่ดี ก็ขึ้นอยู่กับกระบวนการในการปรับตัวของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดเจ็บป่วยโดยที่ไม่ต้องรักษา ดังนั้นจุดที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพดีเป็นเรื่องยากเป็นพิเศษ ต้องอาศัยวิธีการช่วยเหลือ และการเสริมแรง เช่นเดียวกับแบบแผนชีวิตแหล่งของการสนับสนุน และการเสริมแรงจะเปลี่ยนไปตามวงจรชีวิต แต่ว่าลักษณะเฉพาะของบุคคล จะทำให้เห็นถึงความพยายามในการที่จะหาระบบสนับสนุน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีในแบบแผนชีวิต ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่าง ๆ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง และการอบรมของพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน โรงเรียน ศาสนา กลุ่มชุมชน และสื่อต่าง ๆ ทางด้านสังคมจะมีผลร่วมกับปัจจัย ซึ่งมีอำนาจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ (Bruhn . 1988 : 71-73)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาแบบแผนชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพสามารถแยกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านวัฒนธรรม กลุ่มบุคคล และตัวบุคคลดังนี้ (Bruhn. 1988 : 74 - 77)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

แม้ว่าสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพมีหลาย ๆ ลักษณะ ซึ่งบางครั้งเราสามารถควบคุมได้โดยตรง และบ่อยครั้งที่เราไม่สามารถควบคุมได้ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพหลายอย่าง ที่มีอิทธิพลต่อชุมชน เช่น อากาศ น้ำ เสียง มลภาวะ และสารพิษอาหาร ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อภาวะสุขภาพ เช่น ชนิดของอาหาร ราคาอาหารและมาตรการควบคุม โดยบางอย่างอาจจะให้ผลมากขึ้น มุมมองเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพบางอย่างที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น โรงงานอุตสาหกรรม เทคโนโลยีเจริญก้าวหน้า และอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมมากมาย และไม่เป็นผลดีต่อบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความสำคัญต่อ

แบบแผนชีวิต เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ หากมีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพก็จะมีการปรับเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมทางกายภาพนั้นด้วย

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม มนุษย์คิดสร้างระเบียบ กฎเกณฑ์วิธีในการปฏิบัติ วิธีดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อตามขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่าง ซึ่งมีผลต่อแบบแผนชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวชนบทที่อยู่ห่างไกลจากแหล่งน้ำ และมีความเชื่อถือบางอย่างที่ทำให้ไม่อาบน้ำชำระร่างกาย จึงพบว่าเด็กส่วนมากเป็นหิด หรือโรคผิวหนัง อื่น ๆ ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำ เพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ สีสื่อผ้า จะได้รับความเสียหายหรือเก่าเร็ว ซึ่งความเชื่อการปฏิบัติเหล่านี้จะนำมาซึ่งความสกปรกของร่างกาย และปัญหาโรคผิวหนังต่าง ๆ นอกจากนี้การงดของแสลงหรือที่เรียกว่า “ชะล่า” ก็พบมากในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “ชะล่า” หมายถึง “ข้อห้าม” ที่ไม่ให้บุคคลปฏิบัติ (ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Taboo) สำหรับคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “ชะล่า” หมายถึงการงดเว้นที่จะทำ ถ้าฝ่าฝืนทำก็จะเกิดผลร้ายต่อตัวผู้กระทำได้ และในบางเรื่องก็เชื่อว่าอาจเกิดผลร้ายต่อส่วนรวมด้วย ในอดีตประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะเคร่งเครียดและปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดว่าเป็นของชะลำนี้นมาก โดยไม่ซักถามถึงเหตุผล แต่ในปัจจุบัน เนื่องจากประชาชนได้รับการศึกษาดีขึ้น ตลอดจนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการสื่อสารต่าง ๆ ทำให้ความเชื่อบางอย่างลดน้อยลง อย่างไร ก็ตามความเชื่อในเรื่องนี้ก็ยังคงมีอยู่โดยเฉพาะในชนบทห่างไกล และในครอบครัวที่มีคนแก่อยู่ด้วย ตัวอย่างการชะล่าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ไม่ให้กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย กินได้เฉพาะข้าวต้มกับเกลือ หรือปลาแห้ง หึงหลังคลอดใหม่ๆ ดื่มน้ำได้เฉพาะน้ำร้อน ห้ามดื่มน้ำเย็น อาหารที่กินได้คือข้าวกับเกลือ ห้ามหึงมีครรภ์นั่งบนขันบันได ห้ามหึงมีครรภ์ถูการฆ่าสัตว์ทุกชนิด รวมทั้งตนเองก็ห้ามฆ่าสัตว์ด้วย ฯลฯ จะเห็นว่าข้อห้ามเหล่านี้มีผลดีโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น การให้หึงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหึงมีครรภ์นั่งบนขันบันได ห้ามหึงมีครรภ์ถูการฆ่าสัตว์ แต่ข้อห้ามอื่น ๆ ที่ยกตัวอย่างนั้น จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น การห้ามบริโภคอาหารอื่น นอกจากข้าวกับเกลือในหึงหลังคลอดและผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นว่าปัญหาการขาดสารอาหารในเด็ก พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในกรณีที่ป่วยเมื่อห้ามกินอาหารที่ร่างกายต้องการ หรือที่ร่างกายขาดก็ย่อมจะทำให้มีอาการป่วยนั้นทรุดหนัก และอาจถึงตายได้ซึ่งพบมากในรายที่ป่วยเป็นโรคท้องร่วง ในสังคมบางแห่งจะห้ามกินน้ำเด็ดขาด ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยขาดน้ำ และตายอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยด้านกลุ่มบุคคล

กลุ่มในสังคมจะมีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพได้มาก เช่น ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียที่เห็นได้ชัด ก็คือ การใช้ยาเสพติดต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ปัญหาสิ่งเสพติดในวัยรุ่นมักเกิดจากการทำตามแบบอย่างของเพื่อนในวัยเดียวกัน อิทธิพลของกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมนั้นจะมีมากน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดกันของกลุ่ม ถ้ามีการยึดมากเท่าใดระหว่างสมาชิกในกลุ่มก็ยิ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

แบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ อาจจะสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะระดับการศึกษาของพ่อแม่ ในการสำรวจนิสัยในการรับประทานอาหาร และทัศนคติเด็กวัยรุ่น พบว่ามารดาเป็นผู้ที่มีอิทธิพลเด่นชัด ในเรื่องของ สุขภาพ และโภชนาการ มารดาค่อนข้างจะคอยควบคุมเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของเด็กและพฤติกรรมการดูแลรักษาฟัน แบบอย่างของพ่อแม่มีส่วนสัมพันธ์กับการพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับสังคมของเด็ก เด็กจะจำและจะมีทัศนคติเฉพาะ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่นการแปรงฟัน นิสัยในการนอน การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ และการห่างไกลจากบุหรี่ ซึ่งต่างกับเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดียว จะไม่ชอบมีพฤติกรรมในการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ นั่นคือครอบครัวมีส่วนอย่างมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยแบบแผนชีวิตด้านบุคคลสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรม และทักษะในการดูแลตนเอง การตัดสินใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์ เข้าใจถึงพฤติกรรมของตนเองและสาเหตุ สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความเครียดต่าง ๆ เรียนรู้ การป้องกัน และแก้ไข เมื่อเกิดความเจ็บป่วย พัฒนาและส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ในชีวิต และสามารถควบคุมพฤติกรรมที่มีต่อแบบแผนชีวิตและการรักษาสุขภาพ ดังการศึกษาของ ช่อเพชร บุรศิริรักษ์ (2532 : 74) และ พนอ ทิพย์พิมลรัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่า มีการนำความรู้เรื่องวัตถุดิบในอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวัน และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริการโรค ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชุมพร ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 159) พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดีมีแบบแผนชีวิตระดับดี และ เพ็ญศรี เกิดนาถ (2537 : 112) ศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับพอใช้

นอกจากนี้ โอเรม (Orem, 1991 : 136 - 138) ได้กล่าวถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนส่งเสริมแบบแผนชีวิตซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลา

ที่เจ็บป่วย ปัจจัยดังกล่าวนอกจากจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังแตกต่างกันแล้ว ยังทำให้เกิดความแตกต่างของแบบแผนชีวิตได้ด้วย

ปัจจัยอื่นๆ

เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางโครงสร้างสรีรภาพของชายหรือหญิง และกำหนดบทบาทหน้าที่ในสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 22) ในสังคมไทยสมัยก่อนมีค่านิยม ในการให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการ ดูแลตนเอง และแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 133) จากการศึกษาของ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 62) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย มีแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง การศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่ข้า (2536 : 125) พบว่าบุคคลชายสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพดีกว่าเพศหญิง การกำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้าน นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการดูแลตนเองระหว่างเพศหญิงและเพศชายแล้ว ยังมีผลต่อแบบแผนชีวิตของเพศชายและเพศหญิงด้วย ทั้งนี้เพราะ เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย ปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ ดังการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างท้องแบบถาวรเพศชาย และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน รัชสุริย์ จันทเพชร (2536 : 65) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การศึกษาของ นิตยา ภิญโญคำ (2531 : 154) และสนธยา พิชัยกุล (2533 : 77) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยไตเทียม และการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง แต่ไอเซน และคนอื่นๆ (Eisen and others. 1985 : 185) และ คอคเกอร์แฮม (Cocker harm. 1981 : 70) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

อายุ

ในด้านอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเหตุว่าผู้ที่มีอายุน้อย มักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงจึงเป็นผลให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (Lowerstein and Rinehart. 1981 : 254) พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2531 : 1, 9, 80, 106) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยฉกรรจ์ อายุ 21 - 40 ปี เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวมาก เพื่อให้ตนได้เป็นที่ยอมรับของสังคมและส่วนรวม ทั้งสร้างความมั่นคงให้แก่ตนเองทางเศรษฐกิจ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

หรือวัยกลางคนอายุ 41-60 ปี จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกายโดยเฉพาะในแง่ความอ่อนไหวทางกาย และความฉับไวของสมอง โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เริ่มเข้ามาคุกคามร่างกายส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชราอายุ 61 ปีขึ้นไป จะยังคงมีความเสื่อมมากขึ้นพฤติกรรมบางอย่างก็ปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 116) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ จะมีพฤติกรรมบางอย่างมีผลต่อเนื่องมาจากในวัยรุ่น เช่นการสูบบุหรี่ ซึ่งต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ถูกต้อง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมกับวัย ให้ความสนใจในความคิดเห็นของบุคคลอื่นยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น ต้องการแสดงออกถึงความสามารถของตนเองขณะเดียวกันก็ช่วยทำงานสังคมมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม พร้อมทั้งจะยอมรับกฎเกณฑ์ของสังคมได้ ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะไม่สนใจว่ายาที่รับประทานจะออกฤทธิ์อย่างไรจึงไม่สนใจที่จะรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากจะปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสขม และผู้สูงอายุมักจะหลงลืมไม่สนใจตนเอง ที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เหมาะสมคือ วัยผู้ใหญ่ เพราะเอาใจใส่ตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง (รัชสุรีย์ จันทเพชร. 2536 : 34) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 62) ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 160) และเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) ที่พบว่า อายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรีตามลำดับ ทศนีย์ จินางกูร (2530 : ข) และนงนุช บุญยัง (2536 : ก) ได้ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร และรับการเปลี่ยนไตตามลำดับ

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพของชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล มีแบบแผนชีวิตที่ดี นอกจากนั้นการศึกษายังเป็นกระบวนการที่ใช้พัฒนามนุษย์ทั้งด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติและพฤติกรรมที่มีคุณค่า การศึกษาของ รูธส์ (Ruths. 1973 : 156) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค วิธีการรักษาตลอดจนวิธีปฏิบัติตนได้ยาก ซึ่งผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าจะรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ตนพบได้มากกว่า และเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ จาโลวิส และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้รับจากบ้านโรงเรียนและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต และการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา มีความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี ผู้มี

การศึกษาต่ำ จะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Orem. 1985 : 120, 175) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ปุณณณีวิวัฒน์ (2532 : 57) ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 61) และเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) พบว่า การศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรีตามลำดับ ส่วน วรณวิมล เบญจกุล (2532 : จ) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต และ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง

อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติแบบแผนชีวิต เพราะอาชีพ ทำให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระผู้อื่นและมีอำนาจในการแสวงหา ปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และอาชีพยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล อาชีพบางอาชีพมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่าเช่น อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีสถานที่ทำงานแน่นอน มีแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้เพิ่มพูนปัญญาในขณะที่อาชีพรับจ้างมีลักษณะการทำงานแบบพึ่งตัวเองโดยอิสระไม่เป็นกลุ่มการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า ซึ่งมีผลต่อแบบแผนชีวิตประจำวันได้ และการมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ ย่อมทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ทางสุขภาพ โดยทางอ้อม และมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจาโลวิก และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี อาชีพต่างกันมี แบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 163) ที่พบว่าผู้สูงอายุอาชีพต่างกัน แบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม รายได้ มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่ว่าสิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิต เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้ที่มีสถานภาพทาง

เศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีรายได้สูง จึงอำนวยความสะดวกให้กับบุคคล แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อส่งเสริมแบบแผนชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ตนเองมากนัก จะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพ เพื่อความอยู่รอดของตนเองมากกว่า รายได้ที่มีอยู่อาจจะไม่เหลือเพียงพอที่จะจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำบัดหรือบำรุงรักษาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวลำอาจค์ (2535 : 104) พบว่าผู้สูงอายุรายได้ต่างกันจะมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 64) ก็พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเช่นกัน

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิดเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรส หรือครอบครัว อาจจะเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการ เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกับคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ เห็นอก เห็นใจ ช่วยเหลือคำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน (Orem. 1985 : 121) แต่ในทางตรงกันข้ามบางครั้ง ครอบครัวหรือคู่สมรสอาจขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเองจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่าอันเนื่องมาจากความรัก ความวิตกกังวล และรู้เท่าไม่ถึงการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 42 - 43) และพบว่า ผู้ป่วยพอใจที่จะกระทำการด้วยตนเอง เนื่องจากไม่ไว้วางใจบุคคลอื่นเกรงว่า ถ้าผู้อื่นทำให้ จะทำให้ตนเองเกิดการติดเชื้อได้ และบางคนอยากทำการทั้งหมดด้วยตนเอง แต่ไม่ได้รับความไว้วางใจจากคู่สมรส จึงเป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนาช้ากว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ (Brown. 1986 : 161) พบว่า คนที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : ก) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถเป็นตัวทำนวยการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้อง คารากร แซ่ไค้ว (2535 : 60) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษา ด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้อง สถานภาพสมรสโสด มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 64) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สถานภาพสมรสคู่มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่า ผู้ป่วยสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก ทิพวัลย์ ขาวลำอาจค์ (2535 : 50) และเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันในผู้สูงอายุและประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยถือว่า เป็นปัจจัยที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้ดีขึ้นตามระยะเวลาที่นานขึ้นจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับความพิการได้ดีขึ้น มีการเรียนรู้และเพิ่มทักษะได้ดีขึ้น แต่ในผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีพยาธิสภาพการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นจากเดิมเป็นบางระยะ โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จะต้องพัฒนาและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพ (ประครอง อินทรสมบัติ. 2534 : 156 - 157) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2532 : ข) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง สนธยา พิชัยกุล (2533 : 42) ดารากร แซ่ไคว้ (2535 : 31) และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 66) ศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การประเมินแบบแผนชีวิต

การประเมินแบบแผนชีวิต เป็นการวัดความสามารถของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรง พฤติกรรมที่จะช่วยให้บุคคลมีการป้องกันและบ่งชี้ความเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มต้น ความสามารถที่บุคคลจะเลือกอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ การมีส่วนร่วมในสังคม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การรู้จักอารมณ์ตนเองการยอมรับในอารมณ์และความสามารถควบคุมให้เหมาะสมความรู้สึกด้านบวกต่อบุคคลหรือชีวิต และความสามารถที่บุคคลสามารถจะวัดการด้านความคิด ในทางสร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นกิจกรรมด้านความคิด (Hettler. 1982 : 207 - 238) แบ่งเป็น 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย มี 4 หมวด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลตนเอง และการใช้ยา

1.1 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกายให้เคลื่อนไหวโดยทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงและป้องกันโรค การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีบทบาทมากในการพัฒนาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ คือ การส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงเจริญเติบโตได้สมส่วนในเด็ก ในผู้ใหญ่จะช่วยดำรงรักษาสุขภาพที่ดีอยู่แล้วมิให้ลดถอยลง ปรับปรุงสุขภาพที่ทรุดโทรมให้ดีขึ้น ป้องกันโรค ที่เกี่ยวเนื่องกับการขาดการออกกำลังกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อต่อเสื่อมสภาพ เป็นต้น ตลอด

จนช่วยแก้ไขหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายจากโรคบางอย่าง นอกจากนี้ยังช่วยทำให้ ปอด หัวใจ ไต กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ กระดูก ผิวหนังแข็งแรง มีผลต่อสุขภาพจิต และบุคลิกภาพ ลดความเครียด ช่วยให้นอนหลับ ความจำดีขึ้น การย่อยอาหาร การขับถ่ายดีขึ้น เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ช่วยทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้น

การออกกำลังกายถึงแม้ว่าจะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายได้หลายประการ ดังกล่าวแล้ว แต่ถ้ามองการออกกำลังกายนั้นกระทำโดยไม่มีหลักเกณฑ์ ไม่ถูกวิชาการ ไม่ถูกกาลเทศะไม่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย ก็จะก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ หลักในการออกกำลังกาย ค่อยทำค่อยไป คือ เริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายแต่น้อย ๆ และเป็นการออกกำลังกายวิธีง่าย ๆ และค่อยเพิ่มปริมาณและเพิ่มความยากขึ้นเป็นลำดับ ต้องให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลัง ไม่ควรให้เป็นแต่เฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง มิฉะนั้นจะไม่เกิดผลครบถ้วนทุกส่วนของร่างกาย การออกกำลังกายควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ อาจจะทำทุกวัน ทุกสองวัน หรือทุกสามวันแล้วแต่โอกาสและความสะดวก แต่ควรออกกำลังกายประจำตามเวลาที่กำหนดๆไว้ เช่น เวลาเช้า เวลาเย็นหรือในตอนหัวค่ำก็ได้ เพราะอากาศจะไม่ร้อนเกินไป ภาวะที่ควรงดการออกกำลังกาย การเจ็บป่วย โดยเฉพาะขณะที่มีการอักเสบที่ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ภายหลังจากการฟื้นฟูไข้ใหม่ ๆ หลังจากกินอาหารอิ่มใหม่ ๆ ในเวลาที่อากาศร้อนจัด หรือ อบอ้าวมาก บุคคลที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด การออกกำลังกายควรอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด อาการที่แสดงว่าควรหยุดการออกกำลังกาย ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยมาก ผิดธรรมดา หัวใจเต้นแรงมาก หายใจขัดหรือหายใจไม่ทั่วท้อง มีอาการหน้ามืด คลื่นไส้ หรือวิงเวียนศีรษะ ชีพจรเต้นเร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที สำหรับผู้สูงอายุ หรือ 160 ครั้งต่อนาทีสำหรับวัยรุ่นสาว คำแนะนำทั่วไปในการออกกำลังกาย ถ้าภายหลังจากการออกกำลังกายแล้ว 10 นาที การหายใจ ชีพจรยังไม่กลับเข้าสู่สภาพปกติ หลังพักนอน 2 ชั่วโมงแล้วร่างกายยังมีอาการอ่อนเพลียอยู่ กลางคืนนอนไม่หลับ ยังมีอาการอ่อนเพลียหลังตื่นนอนในตอนเช้า เมื่อมีอาการเหล่านี้ภายหลังการออกกำลังกาย ควรลดการออกกำลังกายหรือหยุดออกกำลังกายเพื่อให้แพทย์ตรวจสุขภาพเสียก่อน การออกกำลังกายไม่ควรทำ ภายหลังจากกินอาหารอิ่มใหม่ ๆ เพราะการออกกำลังกายทันทีจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของโลหิตที่ไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยอาหารออกมาน้อย การออกกำลังกายหลังอาหารที่เหมาะสมคือ การเดินเล่นซึ่งอาจทำวันละครั้งหรือหลายครั้งก็ได้ ไม่ควรดื่มน้ำมากในระหว่างการออกกำลังกาย ถ้าต้องการควรดื่มน้ำที่ใส่น้อยเพราะจะทำให้จุกแน่นและอุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนทันที ในระหว่างการออกกำลังกายถ้าไม่กระหายน้ำไม่จำเป็นต้องดื่มหลังจากออกกำลังกายแล้ว ควรมีการพักผ่อนให้เพียงพอ มิฉะนั้นร่างกายจะทรุดโทรมได้ง่าย ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรช่วยให้กล้ามเนื้ออบอุ่นพร้อมที่จะออกแรงหนักเสียก่อน (ฅนอมรรณ อยู่จำ. 2536 : 207)

กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ฟุตบอล บาสเกตบอล เทนนิส แบดมินตันหรือการออกกำลังกาย

โดยใช้บาร์เบลหรือดัมเบล เป็นต้น และกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ กิจกรรมที่สามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเองโดยใช้มือเปล่ากิจกรรมประเภทใช้มือเปล่ามีหลายวิธีคือ การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ การบริหาร เป็นต้น ซาโลเนนและคนอื่น ๆ (Salonen, and others. 1988 : 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาว่างและอาชีพที่มีการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยศึกษาจากตัวอย่าง จำนวน 15,088 ราย อายุ 30-59 ปี ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือมีสภาวะที่กีดขวาง การออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าคนที่ใช้เวลาว่างในการออกกำลังกายมีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ กฤษณา ชื่นบาน (2531 : 428) ได้ศึกษาพบว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การปฏิบัติทางโภชนาการ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต การที่จะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การรับประทานอาหารประการหนึ่ง การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทั้งคุณค่าและปริมาณ จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต และช่วยให้อวัยวะต่างๆทำหน้าที่ได้ตามปกติ ตลอดจนมีสมรรถภาพในการทำงานสูง มีอายุยืนนาน โรคบางชนิดเกิดจากการบริโภคนิสัยไม่ถูกต้องตั้งแต่ในวัยเด็กถึงวัยหนุ่มสาว ซึ่งอาจจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือไม่ถูกส่วน ก็ทำให้เป็นสาเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยได้ ขณะนี้มีการตื่นตัวกันมากในเรื่องอาหารและสุขภาพทั้งนี้เพราะการแพทย์เจริญมากขึ้นคนอายุยืนขึ้น การศึกษาภาวะโภชนาการและความต้องการสารอาหาร จึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ดังนั้นโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงและเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่าส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง โดยยึดหลักการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ นั่นคือ

1) เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งให้โปรตีน วิตามินและเกลือแร่ ช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ช่วยควบคุมสมดุลย์ของส่วนที่เป็นสารน้ำในร่างกาย ในแต่ละวันร่างกายต้องการโปรตีน 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

2) ข้าว เผือก มัน และน้ำตาล อาหารหมู่นี้ให้คาร์โบไฮเดรตมาก ช่วยให้พลังงาน ความร้อนแก่ร่างกาย ช่วยสงวนโปรตีนในร่างกายให้เป็นอาหารของเซลล์ และเนื้อเยื่อในสมอง ช่วยให้ปฏิกิริยาของการใช้ไขมันเป็นไปตามปกติ นักโภชนาการแนะนำว่า ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตวันหนึ่งไม่น้อยกว่า 1 ใน 4 ของแรงงานทั้งหมด ที่ร่างกายต้องการ

3) พืช ผักต่าง ๆ เป็นแหล่งให้วิตามิน และเกลือแร่ ร่างกายนำไปใช้เพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติ ซึ่งร่างกายได้รับเพียงพออยู่แล้ว เพราะความต้องการวิตามินและเกลือแร่ของร่างกายมีในปริมาณไม่มากนัก

4) ผลไม้ต่าง ๆ ช่วยให้พลังงาน ช่วยละลายวิตามิน เกลือแร่ และให้ใยอาหาร ซึ่งมีส่วนช่วยในระบบขับถ่ายอีกด้วย

5) ไขมัน เป็นแหล่งให้พลังงาน ช่วยละลายวิตามิน และดูดซึมวิตามินบางตัว ความต้องการไขมันของร่างกายอย่างน้อย คิดเป็นร้อยละ 20 ของแคลอรีที่ร่างกายต้องการ

นอกจากนี้ยังจัดเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำเป็นสารสำคัญในการช่วยให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในร่างกายดำเนินไปได้โดยปกติ โดยเฉลี่ยร่างกายต้องการน้ำวันละ 50 ซีซี ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม และ ผลเสียจากการบริโภคอาหารไม่ถูกส่วน ได้แก่การขาดสารอาหาร เกิดจากการรับประทานอาหารน้อยเกินไปร่างกายขาดโปรตีนและพลังงาน ทำให้อ่อนแอ ขาดความต้านทานโรค ทำงานอย่างไรประสิทธิภาพ บางกรณีโรคขาดสารอาหารอาจเกิดขึ้นจากความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหารของร่างกายได้เช่นกัน โรคโภชนาการเกิน เกิดจากการบริโภคอาหารมากเกินไปจนเกินความต้องการ ของร่างกายทำให้ร่างกายสะสมสารอาหารที่เกินไว้ในรูปของไขมัน จนกลายเป็นโรคอ้วน และยังพบว่า โรคอ้วนยังสัมพันธ์กับโรคอื่น ๆ อีกด้วย โรคหลายชนิดที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากภาวะขาดสารอาหาร หรือโภชนาการเกิน ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งสมควรได้รับการรักษาด้วยวิธีโภชนบำบัดและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ได้รับสารพิษ ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย สารพิษอาจอยู่ในรูปของอาหารสด เช่น สัตว์ผสมอาหารหรือปนเปื้อนอยู่ในอาหารกระป๋อง เช่น เชื้อจุลินทรีย์ เป็นต้น สิ่งสำคัญในการรับประทานอาหารของบุคคลแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พื้นฐานทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ ฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น ในบางสังคมเด็กจะถูกสอนให้รับประทานอาหารทุกอย่างที่สามารถรับประทานได้ เพราะความอ้วนเป็นสิ่งที่ต้องการของสังคมนั้น และสิ่งเหล่านี้เองหล่อหลอมรูปแบบการรับประทานอาหารให้กลายเป็นพฤติกรรมบริโภคของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รูปแบบของการเป็นโรคกระเพาะที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สุขนิสัยในการรับประทานอาหารการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (Ubakata and others. 1987 : 437 - 446) หากสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ไปสู่รูปแบบที่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดบุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงรูปร่างงามสมส่วน และมีสุขภาพจิตที่ดีอีกด้วย

1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังจากรับบริการ(WHO. 1987 : 1-20)

เลวิน (Levin. 1976 : 487 - 489) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันสุขภาพ และการวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นต้นด้วยตนเอง และการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นได้ด้วย

ฟราย (Fry. 1973) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย

- 1) การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน (Health Maintenance)
- 2) การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ต่าง ๆ (Disease Prevention)
- 3) การวินิจฉัยความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Self Diagnosis)
- 4) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ (Self Treatment) ร่วมกับการใช้ยา (Self -

Medication)

- 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้

(Patipation in Professional Use)

ส่วนขอบเขตหรือมิติของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัดอยู่เพียงกิจกรรมที่ทำด้วยตนเองแต่เพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงบริการ หรือกิจกรรมการดูแลที่ได้จากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรทางศาสนา บุคคลต่าง ๆ ในชุมชนในหมู่บ้านนั้น ๆ ซึ่งการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ใช้ได้โดยตรงไม่จำกัดเฉพาะการดูแลทางร่างกายเท่านั้นแต่ครอบคลุมถึง ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคลด้วย

ดีน (Dean. 1983) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ถูกหล่อหลอมโดยภาวะเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่ส่งผลมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทางกายภาพ และจิตวิทยา ทั้งนี้ ดีน (Dean) ได้ขยายความว่าการดูแลตนเองจะเกี่ยวข้องกับช่วงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพ ประเมินอาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้านทั่ว ๆ ไปด้วยตนเองซึ่งรวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใด ๆ และการกำหนดโดยตนเองว่าจะทำอะไรเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือบำบัดความเจ็บป่วย

สำหรับในประเทศไทย มีผู้กำหนดนิยามหรือประมวลความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

สมทรง รักษ์เผ่า (2534: 3 - 5) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วย และหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นโดยจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

เพ็ญศรี เกตุนาถ (2537 : 19) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) คือ การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังรับบริการทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง แต่ทั้งนี้และทั้งนั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ขัดกับวิถีชีวิตประจำวัน วัฒนธรรมประเพณี ของผู้ปฏิบัติและของสังคมนั้น ๆ ด้วย

สรุปแล้วในความหมายของคำว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมด้านสุขภาพ ของ ปังเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ครอบคลุมถึง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติด้วยตนหลังรับบริการ การรักษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530: 11 - 13) จำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาวะเจ็บป่วย

1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1) การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.2) ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็งนั้น พฤติกรรมที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทสัจ การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

2) การดูแลสุขภาพตนเอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีอาการบ่งชี้ รวมทั้งการขอรับการแนะนำปรึกษาทางสุขภาพจากกลุ่มบุคคล หรือสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการแสวงหาการรักษา การดูแลรักษาตนเอง ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย ถ้าหากพิจารณาตามระดับสุขภาพแล้ว ในกรณีที่จำเป็นงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็ง ให้ได้ผลนั้น จะต้องมุ่งเน้นให้มีการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย

ในการดำเนินการหรือกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องเข้าใจภูมิหลัง สาเหตุปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และปัจจัยเอื้ออำนวยสนับสนุนพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายประการ เช่นระบบการศึกษา ทั้งในระบบและนอกระบบ ระดับความรู้ของครอบครัวระบบการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ระบบบริการทางการแพทย์พื้นบ้าน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ทรัพยากร และกฎระเบียบ

กฎหมาย เป็นต้น ซึ่งสมทรง รักษ์เผ่าได้ประยุกต์ กรอบแนวคิดของ เกอร์เน (รายงานการดำเนินงาน โครงการดูแลสุขภาพตนเอง กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 16 - 19; อ้างอิงมาจาก Gurney. 1989) ใน เรื่ององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองจาก (Influence on Self - care Behavior) กับ ลักษณะสังคมไทยไว้ดังนี้

1. ความรู้ของชุมชนทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และแบบดั้งเดิมโบราณนั้น มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมาก เพราะทุกสังคมวัฒนธรรมต่างก็มีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Concept of Health) และแนวความคิดด้านสุขภาพ จะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติด้านสุขภาพ ของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ ดังนั้น องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่ จะมีส่งผลต่อการเลือกถือปฏิบัติในส่วนที่จะมีผลต่อการทำนุบำรุงดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และ ครอบครัวมาแล้ว

2. ความรู้ในระดับครอบครัว (Family Knowledge) โดยลักษณะทางสังคมของครอบครัว ไทยนั้นเป็นแบบครอบครัวขยาย (Extended Family) และแม้ว่าแนวโน้มจะมีลักษณะเป็นครอบครัว เดี่ยว (Nuclear Family) มากขึ้นก็ตามความสัมพันธ์ทางเครือญาติ (Kinship) ยังคงมีอิทธิพลสูงต่อ พฤติกรรมอนามัยของชาวบ้าน การถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Culture of Health) จากบรรพบุรุษสู่ สมาชิกในครอบครัวยังผลให้เกิดการยึดถือเป็นแบบแผนประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การ สูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร ฯลฯ เป็นต้น

3. ระบบอนามัยที่เป็นทางการ (Formal Health System) ระบบการจัดบริการสาธารณสุข ของประเทศซึ่งมีทั้งส่วนของภาครัฐและเอกชนเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการตามฐานะทาง เศรษฐกิจพื้นฐานความรู้และการเข้าถึงทางสังคม แม้ว่าการบริการของรัฐบาลจะสามารถครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบล คือ สถานอนามัยก็ตาม แต่ขณะเดียวกันบริการของภาคเอกชน เช่น การจำหน่ายยา ก็มีอยู่ในทุกระดับ และการควบคุมที่ไม่ทั่วถึงประกอบกับ การโฆษณาชวนเชื่อและผลการลอกเลียนแบบ (Demonstration Effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการ เรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่ค่อยเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

4. แรงกดดันทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Cultural Pressure and Peer Influence) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง เช่น อิทธิพลด้าน ความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับ การวางแผนครอบครัวของกลุ่มศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมการบริโภค ของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ ๆ สุก ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคิดสารเสพติดใน กลุ่มวัยรุ่นอันเนื่องมาจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคท้องร่วงในเด็กที่ถือว่าเป็น อาการแสดงของขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาการของเด็ก

5. การมีผลบังคับใช้ของกฎหมาย (Legislation Environment) มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ครอบคลุมเสมอภาคและประสิทธิภาพ ยังมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมาก เฉพาะอย่างยิ่งในขณะนี้สังคมมีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ประชากรสังคม อย่างรวดเร็ว เช่น ปัจจุบันหากการบังคับใช้กฎหมายไม่เกิดผลอย่างเสมอภาค และสภาพกฎหมายที่ล้าสมัย มาตรการในการควบคุมทางสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริโภค ก็ย่อมมีความบกพร่องและส่งผลต่อการดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคารที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูลและการควบคุมมลภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

6. กลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มวิชาชีพ (Interest Groups and Professional) นับว่ามีอิทธิพลสูงต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนเพราะการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นหากพิจารณาในเชิงพาณิชย์ โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถทำเงินจากความตื่นตัวด้านสุขภาพ จะโดยที่ชาวบ้านมีความรู้หรือการขาดข้อมูลข่าวสารก็ตาม นับว่ามีโอกาสอยู่มากดังปรากฏในหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการค้ายาหรืออาหารส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในแง่ของกลุ่มวิชาชีพเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่ในแวดวงด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ก็มีส่วนอันสำคัญยิ่งในการส่งเสริมหรือยับยั้งการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน บุคคลเหล่านี้จะต้องมีความเชื่อและศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการดูแลกันเอง และดูแลตนเองมากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มีอยู่ ให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และลดการพึ่งพิงผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะจะยังผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งยังเป็นการส่งผลให้เกิดการใช้บริการอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริงด้วย

7. เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (Time Resources and Environment) ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนเวลานับเป็นทรัพยากรที่สำคัญอีกประการหนึ่งในขณะที่ต้นทุนของเวลา (Time Cost) มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตามสภาพเศรษฐกิจสังคม ก็ย่อมมีผลต่อสถานภาพทางสุขภาพของประชาชน เช่น ภาวะความเครียด เนื่องจากการเร่งรีบการดิ้นรนของการจราจรการบีบรัดทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ซึ่งนี่ไม่พ้นที่จะยังผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในขณะเดียวกันความจำกัดในทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงในสภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ แต่ในเชิงลบก็อาจเกิดขึ้น เช่น การใช้ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็น การใช้สารเสพติด การเกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพ

ตนเองเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมากในแบบแผนชีวิต หากประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองดีถูกต้อง นั่นคือการมีแบบแผนชีวิตทางด้านสุขภาพถูกต้อง และปัจจัยที่จะส่งผลให้มีแบบแผนชีวิตทางสุขภาพได้ถูกต้องได้นั้น ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประสบการณ์เดิม แหล่งบริการ ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และระบบเครือญาติ มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก

1.4 การใช้ยา

ยาเป็นวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ ใช้ในการวิเคราะห์บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย ซึ่งพบปัญหาจากการใช้ยามากมาย เช่น ชื่อยาเกินเอง คณะกรรมการอาหารและยา ได้ทำการวิจัยและสำรวจทั่วประเทศ ถึงพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้สถานบริการเมื่อตนเองหรือนุคคลในครอบครัวของชุมชนเกิดการเจ็บป่วย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เลือกใช้การรักษาตนเอง โดยการพึ่งร้านขายยาไปถึง ร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 23 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดและก่อให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง กินยาไม่ครบจำนวน มักพบว่าหลังจากอาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดกินยา เนื่องมาจาก ความไม่รู้ ความเคยชิน ที่ผิด ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมา นับเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงได้ เช่น การกินยาเพนิซิลลิน (Penicillin) ในโรคเจ็บคอไม่ครบ 7 วัน อาจทำให้เชื้อ เบต้า-ฮีโมไลติก สเตรปโตคอคคัส (β - Hemolytic Streptococci) ที่เหลืออยู่ก่อให้เกิดโรคหัวใจรูมาติกได้ หรืออาจก่อให้เกิดเชื้อ คีดยาเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาล วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรักษาจะได้ผลเต็มที่และเกิดพิษของยาน้อยที่สุด เมื่อมีการใช้ยาอย่างถูกวิธี เช่น ยาปฏิชีวนะควรกินก่อนอาหาร ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมได้ดีขึ้นท้องว่าง ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการรักษาเต็มที่คือ สามารถทำลายเชื้อโรคได้ แต่ถ้ากินยาแล้ว กินอาหารทันที จะทำให้การดูดซึมของยาลดน้อยลงผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าฤทธิ์ที่จะฆ่าเชื้อได้ ใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค ใช้ยาค่าว่ามาตรฐาน ทำให้ได้ขนาดของยาไม่เพียงพอต่อการรักษา ได้รับพิษของยา เนื่องจากได้รับยามากเกินไป ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เช่น มีการนำสเตียรอยด์ไปจัดเป็นยาชุดทำให้อ้วน การใช้ยาระบายเป็นประจำ การใช้ยาลดความอ้วน การรับประทานยาหมอคายูเหล่านี้มีผลต่อแบบแผนชีวิตซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยได้ (พิสมัย พิทักษาวรรณ. 2536 : 21)

2. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม คนเราได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากมายหลายอย่างจากสังคม ซึ่งทำให้เราประพฤติปฏิบัติเชื่อในบางสิ่งบางอย่างสืบต่อกันมา ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงคำว่า “สังคม” จะเห็นว่ามี ความหมายกว้างมาก เริ่มตั้งแต่สังคมที่บ้านซึ่งเป็นสังคมเริ่มแรกในชีวิตของมนุษย์ สังคมนี้จะประกอบไปด้วยสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยที่สุดก็มีพ่อและแม่ ซึ่งในสังคมของบ้านนี้ก็ปลูกฝังแนวคิดความเชื่อ การปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ให้กับเด็กที่เกิดมา เมื่อเด็กที่เกิดมา เมื่อเด็กโตขึ้นระยะหนึ่งก็จะไปโรงเรียนและเผชิญกับโลกที่กว้างออกไปนอกเหนือจากบ้าน ในสังคมนอกบ้านนี้ก็เช่นเดียวกัน เด็กได้เรียนรู้พัฒนา แนวคิด ความเชื่อ การปฏิบัติต่าง ๆ จากครู เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งการเรียนรู้สิ่งเหล่านี้ จากสังคมนอกบ้านนี้บางอย่างอาจจะเหมือนกับที่ได้เรียนรู้มาที่บ้าน แต่บางอย่างอาจจะแตกต่างกัน ดังนั้น บางครั้งจึงเกิดความขัดแย้งเป็นปัญหาการปฏิบัติตนได้จากการเรียนรู้ และการพัฒนาแนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่บุคคลได้รับจากอิทธิพลของสังคมนี้จะครอบคลุมถึงด้านแบบแผนชีวิตด้วย ดังนี้

2.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอด และรับแบบของความประพฤติ การปฏิบัติ ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ แบบแผนชีวิตมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวพ่อแม่จะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาด เป็นต้น

2.2 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล จะมีผลทำให้แบบแผนชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน

3. ด้านอารมณ์

อารมณ์ คือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้น ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายใน คือความต้องการหรือแรงขับ หรือสิ่งเร้าภายนอก เช่น ความร้อน ความดี ฯลฯ ในระยะเวลาหนึ่ง แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น เวลาโกรธหัวใจจะเต้นเร็ว หน้าแดง เป็นต้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นมี 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ อารมณ์ทางบวกเช่น พอใจ ดีใจ และอารมณ์ทางลบ เช่น โกรธ เสียใจ อิจฉาริษยา ความรุนแรงของอารมณ์จะมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เร้าอารมณ์ สภาพของบุคคล ทักษะคติ อารมณ์ทางบวกเสริมให้เกิดแบบแผนชีวิตที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่อารมณ์ทางลบขัดขวางแบบแผนชีวิตที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 174) การจัดการกับอารมณ์ ฝึกควบคุมอารมณ์อยู่เสมอไม่ว่าดีใจเสียใจหรือขาดสติโกรธจนลืมตัว ให้หมั่นเตือนตัวเองอยู่เสมอว่าคนที่กลัวเสียศักดิ์ศรีคนมีปมด้อย คนขาดเหตุผล คือคนโง่ และ คนที่ไม่รู้จักให้อภัยผู้อื่นคือคนเห็นแก่ตัว มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนมีน้ำใจไม่หนีอุปสรรค หมั่นฝึกจิตใจให้มั่นคงและยุติธรรม ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเข้าใจและให้อภัยในความผิดพลาด ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม รู้จักลดความตึงเครียดโดยสร้างอารมณ์ขันให้เกิดขึ้นหาโอกาสพักผ่อนหย่อนใจให้เพลิดเพลินดังกล่าวเหล่านี้จะมีผลต่อแบบแผนชีวิตที่ดี

4. ด้านสติปัญญา

สติปัญญา หมายถึง สมรรถภาพของสมองที่แสดงความสามารถด้านการจำ การคิด และการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สติปัญญาขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้สามารถใช้แหล่งประโยชน์จากความรู้ของตนเองเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองและแบ่งปันให้กับผู้อื่นความสนใจในการหาความรู้เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร เกี่ยวกับสุขภาพ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น เหล่านี้ มีผลทำให้แบบแผนชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการสติปัญญาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีสติปัญญาน้อย องค์ประกอบทางด้านสติปัญญานี้มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ผู้ที่มีสติปัญญาดีมีการศึกษาดี ก็มีอาชีพที่มีรายได้สูงกว่าผู้มีสติปัญญาน้อย การศึกษาต่ำ และมีแบบแผนชีวิตที่ต่ำกว่าด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 182)

5. ด้านการประกอบอาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะของอาชีพจะมีการใช้พลังงาน

แตกต่างกันไปในแต่ละวัน และมีรายได้แตกต่างกัน ถ้ามีอาชีพ ที่มีรายได้น้อยจะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดี และปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และเมื่อเกิดโรค ซึ่งต่างกับอาชีพที่มีรายได้สูงหรืออาชีพที่มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ดี ทำให้มีแบบแผนชีวิตที่ดีไปด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 179)

6. ด้านศาสนา

ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาบางอย่าง กลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไทยไป เช่น มารยาทในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้กินมากเกินไป หรืออึดเกินไป นอกจากนี้หลักธรรมทางพุทธศาสนายังสอนให้คนรู้จักการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะช่วยให้มีสุขภาพจิตดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ ในกลุ่มบุคคลที่นับถือศาสนาต่างกัน หลักคำสอนแต่ละศาสนาย่อมจะมีผลต่อสุขภาพมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศาสนา คำสอน และความเคร่งศาสนาของผู้นับถือด้วย ศาสนาส่วนใหญ่จะมีแนวการสอนเหมือนกันหรือคล้ายกัน คือสอนให้คนทำความดีเพื่อจะได้มีชีวิตที่เป็นสุข คำสอนของพุทธศาสนาและศาสนาอิสลามที่คล้ายกันและมีผลต่อสุขภาพอนามัยอยู่ประการหนึ่งคือ ห้ามไม่ให้ เสพสุรา เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 176)

แบบแผนชีวิตกับสุขภาพ

แบบแผนชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในดุลย์พินิจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นส่วนที่ประพุดเป็นปกติของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (Wiley and Camacho. 1980 : 1)

วอล์คเกอร์ ซีคริสต และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender. 1987 : 77) ได้อ้างถึงดันน์ (Dunn) และทราวิส (Travis) ว่า ดันน์เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีอายุยืน ต่อมาอีกสองทศวรรษทราวิสได้อธิบายถึงมิติของสุขภาพดีหรือการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด

เวบสเตอร์ (Webster. 1985 : 713-718) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และมีมิติที่ใช้ในการปรับปรุงให้มีสุขภาพดี คือ มีความรับผิดชอบต่อตนเอง การโภชนาการดี สามารถควบคุมความเครียดได้ สมรรถภาพทางร่างกายดี มีความรักต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่วนประกอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ แบบแผนชีวิตของแต่ละคน ใน 5 มิติดังกล่าว ความรับผิดชอบต่อตนเองสำคัญที่สุด และเป็นส่วนที่สนับสนุนให้มี แบบแผนชีวิตทางด้านบวก ความรับผิดชอบต่อตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้มีความเสี่ยงสูง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินจุ และการมีทุกขนิสัย เป็นต้น (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 10)

การส่งเสริมสุขภาพในการรณรงค์ด้านแบบแผนชีวิต

การส่งเสริมแบบแผนชีวิต เกี่ยวกับสุขภาพที่มีลักษณะในด้านบวกทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงศักยภาพสูงสุดในการเป็นอยู่ที่ดี โรคเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุของความพิการและการตายในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาปัจจุบันก็ยังเป็นปัญหาอยู่ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการเรื่องการส่งเสริม และป้องกันโรคให้มากขึ้นโดยเฉพาะระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนโดยการสนับสนุนจากองค์กรของรัฐและเอกชนซึ่งประกอบด้วย โรงเรียน สถานที่ทำงาน ร้านค้า สาธารณสถาน และองค์กรต่าง ๆ เป็นแหล่งกระจายความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญมุ่งเน้นที่ครอบครัวเพื่อให้ทุก ๆ คนมีสุขนิสัยที่ดี รวมทั้งการไปใช้บริการทางสุขภาพ มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 26; อ้างอิงมาจาก Holland and Breege. 1985 : 389 - 390) การส่งเสริมสุขภาพ จะสัมฤทธิ์ผลได้ ต่อเมื่อรัฐและหน่วยงานร่วมกับชุมชน บุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เป็นเบื้องต้น นั่นคือการดูแลสุขภาพตนเองนั่นเอง การอนามัยดี มีมูลฐานมาจากสุขนิสัยที่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการขัดเกลามาตั้งแต่เยาว์วัย ในครอบครัว สถานศึกษาและมีการปฏิบัติต่อเนื่องกันมาตลอด โดยสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากไม่ยิ่งหย่อนกว่าการไปรับบริการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพให้มีแบบแผนชีวิตสุขภาพทางด้านบวก ซึ่ง เลวี และคนอื่น ๆ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 27 ; อ้างอิงมาจาก Levey and others. 1984 : 6 - 7) แนะนำดังนี้

1. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือดื่มไม่เกิน 2 ออนซ์ ต่อวัน รับประทานอาหารเข้าทุกวัน ไม่รับประทานอาหารมันจัด เค็มจัด หวานจัด และอาหารปนเปื้อน กินจุกจิกระหว่างมื้อ อดน้ำหนักตัวให้อยู่ในค่ามาตรฐานเสมอ นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงในแต่ละคืน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. สนใจความต้องการของร่างกาย เช่น ร่างกายต้องการพักผ่อนหรือมีอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ ตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีโดยเฉพาะผู้หญิงควรตรวจเต้านม และตรวจหามะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ (มะเร็งปากมดลูก)

3. สุขภาพสังคม ได้แก่การมีบทบาทที่ดีต่อสังคมเพื่อน ญาติ และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
4. สุขภาพทางอารมณ์ ประกอบด้วยความสามารถในการทำงาน การเรียน มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้องในแต่ละวันมีการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง ไม่ใช่สารเคมี เช่น แอลกอฮอล์หรือยาที่มีผลต่อจิตใจมาช่วย หรือหลีกเลี่ยงปัญหา
5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ ตามความเชื่อที่ว่าสุขภาพดีรวมหมายถึงความรู้สึกรักของบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นแสดงออกมาบนพื้นฐานของคุณค่าของชีวิต ซึ่งจะต้องออกมาเป็นความรู้สึกถึงสิ่งที่ดี ๆ และเคารพต่อธรรมชาติ

จากการศึกษาคนที่มิมีสถานะสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนแผนชีวิตในทางที่ดี คะแนนสุขภาพก็จะดีขึ้น ส่วนในคนที่คะแนนสุขภาพไม่ดีและยังคงมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อมาคะแนนของสถานะสุขภาพจะต่ำเช่นเดิม (Wiley and Camacho, 1980 : 1 - 21) ในเรื่องโภชนาการ การรับประทานพืชหรือผลไม้ที่มีกากสูง ป้องกันการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายได้ และการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แต่มีมาตรการป้องกันโดยการบริโภคอาหารที่มีกากและนมหรือแคลเซียมมากขึ้น อาจจะทำให้อัตราการตายโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนตรงลดลงมากกว่าในพวกที่บริโภคไขมันจำนวนมากปานกลาง แต่ไม่บริโภคอาหารที่มีกากหรือแคลเซียมสูง (Rosen, Nystrom and Wall . 1988 : 42 - 49) เช่นเดียวกับการเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารและการหยุดสูบบุหรี่ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคลำไส้เนื้องอกและการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ (Hjerman and others, 1981 : 1303)

ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)

ไตวายเรื้อรัง เป็นอาการของโรคเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดความเสียหายของไตทั้งสองข้าง เป็นอาการที่มีผลมาจากการทำลายของหน่วยไตที่ไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิม ใช้เวลาในการดำเนินของโรคมานานกว่าเดือนหรือปี เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเคลือบแฝงเพราะว่าไตมีหน้าที่ชดเชยหน้าที่ที่เสียไปได้หมด ผู้ป่วยจะปรากฏอาการของโรคเมื่อหน้าที่ของไตเสียมากกว่า ร้อยละ 80 (Lewis, 1981 : 501)

สาเหตุ

ไตวายเรื้อรัง มีสาเหตุส่วนใหญ่ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา ลัมอำนวยลาภ . 2536 : 30)

1. หน่วยกรองของไตอักเสบ (Glomerulo Nephritis) เกิดจากโรคติดเชื้อการอักเสบต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การกระตุ้นปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันชนิดต่าง ๆ ของร่างกายและก้าวหน้าไปจนไตเสียหายที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเป็นหลาย ๆ ปี อาการจะไม่ปรากฏจนกระทั่งมีระดับยูเรียและครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น หรือเมื่อไหร่ก็ตามที่หน้าที่ของไตลดลงเป็นร้อยละ 25 - 50

2. เนื้อเยื่อของไตอักเสบ (Interstitial Nephritis) อาจเกิดจากการใช้ยาต่าง ๆ เช่น ยาชา ยาปฏิชีวนะ หรือจากโรคเก๊าท์ อย่างไรก็ดี ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีเนื้อเยื่อไตอักเสบ ยังไม่ทราบสาเหตุ หรือเนื่องจากปฏิกิริยาอาการแพ้ของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่ทั่วไปในและนอกร่างกาย ปฏิกิริยาการแพ้ ของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในร่างกาย เช่น การแพ้เนื้อเยื่อของตัวเอง ได้แก่ โรคเอสแอลอี การแพ้สารเคมีบางชนิด การแพ้ยา การแพ้พิษแมลง การแพ้สารที่มาจากเชื้อจุลินทรีย์ แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อราเกิดร่วมกับมะเร็งบางชนิด

3. จากการเป็นเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะเวลานาน การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเป็นตัวบ่งชี้ขึ้นเร็วกว่าโรคเบาหวานได้มีผลต่อไตประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยนำไปสู่การเกิดไตล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใน 5 ปี ภายหลังจากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ โรคเก๊าท์ และโรคไตที่เป็นแต่กำเนิด

4. โรคกลุ่มถุงน้ำของไต (Polycystic Kidney Disease) เป็นความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ อาจจะพบว่าเป็นหลายคนในครอบครัว

5. เป็นความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการแข็งตัวของเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

6. เกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เช่น ต่อมลูกหมากโตหรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการไหลน้อยของปัสสาวะ การอุดตันทำให้เกิดการขยายตัวของไต มีผลทำให้ไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) การเพิ่มความดันที่เนื้อเยื่อไตทำให้ไตเสียหายในการทำงาน

7. ไตวายเฉียบพลันจากพิษธรรมชาติ ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของไตตามมา เช่น พิษจากลูกเหม็น เห็ด ูกัก ต่อ แตน ผึ้งต่อย แมงป่องและกรวด และอาหาร

8. สาเหตุอื่นๆ

เมื่อไตเสียหายที่ทำให้มีของเสียคั่งค้างในร่างกาย โดยเฉพาะยูเรียในโตรเจนและครีอะตินินในเลือด ยูเรียในโตรเจนในเลือดไม่ใช่ตัวบ่งชี้ถึงความเสียหายของไตโดยทั้งหมด เพราะจะมีสาเหตุที่ทำให้ระดับยูเรียในโตรเจนสูงขึ้นหรือต่ำลงจากปัจจัยอื่น ๆ เช่นการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ระดับยูเรียในโตรเจนสูงขึ้น หรือมีอัตราการเผาผลาญสารในร่างกายสูงขึ้น เช่น จากการมีไข้การติดเชื้อหรือจำนวนยูเรียในโตรเจนที่ขับออกทางปัสสาวะได้น้อย จะทำให้ระดับยูเรียในโตรเจนในเลือดสูงขึ้น (ชาญ โพนกุล. 2525 : 6) เพราะฉะนั้นจะใช้ระดับครีอะตินินในเลือดเป็นตัวบ่งชี้ความเสียหายของไตอย่างไรก็ดีระดับยูเรียในโตรเจนในเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้อาการที่แสดงออกมาของผู้ป่วยมากกว่าครีอะตินินเพราะว่ายูเรียในโตรเจนที่สูงในเลือดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และอาการอื่น ๆ (Kagan. 1979 : 53)

ผลของไควายเรื้อรังต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยไควายเรื้อรังจะไม่ค่อยมีอาการจนกว่าจะถึงระยะยูรีเมียในระยะนี้มีอาการแสดงออกมา มีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย อาการที่แสดงออกมาอาจจะมากหรือน้อย ขึ้นกับพยาธิสภาพระดับความเสียหายของไตและอายุของผู้ป่วย (Lewis. 1981 : 501) อาการที่แสดงออกทางระบบต่าง ๆ ของร่างกายคือ

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน

2. ระบบประสาทเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้อาจจะมากหรือน้อยการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากสารชีวเคมีในร่างกาย มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ เชื่องช้า สมาธิลดลง ความจำเสื่อม สับสน ไม่รู้สึกตัวและชัก สิ่งเหล่านี้มีผลรบกวนต่ออารมณ์ความรู้สึก ความคิดอ่านของผู้ป่วย และควบคุมอารมณ์ไม่ได้ นอกจากนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประสาทส่วนปลายเกิดอาการชา ปวด แสบร้อน (Kagan. 1979 : 55)

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระบบนี้มีความดันเลือดสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไควายเรื้อรังมีความดันเลือด (Comty and Collins . 198 : 414) ในผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาลดความดันเลือดนอกจากนี้ภาวะหัวใจวายเป็นปัญหาที่พบบ่อยของระบบนี้

4. ระบบเลือด ภาวะยูรีเมียทำให้เกิดโลหิตจางได้ สาเหตุที่สำคัญคือการขาดฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ถ้าไตเสียหายที่มากกว่าร้อยละ 75 โดยมีระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 50 มิลลิกรัม จะทำให้ผลิตฮอร์โมนได้น้อยไขกระดูก จึงผลิตเม็ดเลือดแดงน้อยลง (สง่า นิลวรรณ. 2526 : 188) องค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไควายเรื้อรังคือ อายุของผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ไม่อยากทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันนอกจากนี้ภาวะยูรีเมียมีผลต่อเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาว ในผู้ป่วยไควายเรื้อรังพบว่ามีความผิดปกติ แต่มีการทำหน้าที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกง่าย พบจ้ำเลือดตามตัว (Kagan. 1979 : 60)

6. ระบบสืบพันธุ์ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าไควายเรื้อรังมีผลอย่างไรต่อระบบนี้ แต่จากโรคเองที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญสารต่าง ๆ เซลล์สืบพันธุ์เสียหายที่ทำให้เป็นหมันสูญเสียความรู้สึกทางเพศ (Lim and Fang. 1975 : 655) กัทซ์และสโตเนอร์ กล่าวว่า การเสียหายที่ทางระบบสืบพันธุ์มีองค์ประกอบทั้งทางอารมณ์และร่างกาย ทางด้านร่างกายอาจเกิดจากโลหิตจางอย่างมาก และมีความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน สิ่งเหล่านี้ทำให้ลดจำนวนสเปิร์ม และลดความต้องการทางเพศของผู้ชายทางด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้ามีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศ การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและทางระบบประสาทจากไตล้มเหลวทำให้ความสามารถทางเพศลดลงนอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้ยาลดความดันเลือดสูงทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากมีผลต่อการทำงานของต่อมฮอร์โมนเพศ (Phipps, Long and Wood. 1983 : 105)

การรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีดังนี้ (สัจจิรา ลิ้มอานวยลาก. 2536 : 39)

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) เช่น การรับประทานยา การควบคุม น้ำ เกลือ และอาหาร

2. การผ่าตัดเปลี่ยนไต (Transplantations) เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไตมี ปัญหาที่สำคัญคือ การปฏิเสธของร่างกายผู้ป่วยต่อไตที่ได้รับใหม่ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการรักษา และการรักษาโดยวิธีนี้ในประเทศไทยยังไม่ได้ทำแพร่หลาย

3. การรักษาด้วยการทำไตอะไลซิส แบ่งออกได้ 2 ชนิดใหญ่คือ การทำไตอะไลซิสผ่านทาง กระแสเลือด หรือที่เรียกว่าไตเทียม(Hemodialysis) และการทำไตอะไลซิสผ่านช่องท้อง(Peritoneal Dialysis)

การรักษาด้วยยา และการควบคุมน้ำ เกลือ และอาหาร

การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเมื่อถึงระยะท้ายของโรคไตวายเรื้อรังทำให้มีอาการต่าง ๆ ของโรคน้อยลงหรือบางครั้งอาการอาจหายไประยะหนึ่งได้ และยังสามารถชะลอการทำลายเนื้อไตได้ด้วย หากจำกัดอาหารโปรตีนตั้งแต่ระยะต้น ๆ

การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้เป็นยาที่ช่วยปรับดุลน้ำ เกลือ และกรด-ด่าง ยาที่จับฟอสเฟตเพื่อไม่ให้ฟอสเฟตถูกดูดซึมจากลำไส้และยาที่ทดแทนฮอร์โมนที่ไตสร้างนอกจากนั้นอาจต้องให้ยาอื่นสำหรับโรคไตพื้นฐานที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย ผู้ป่วยควรรับประทานยาอย่างเคร่งครัดตามขนาดที่แพทย์สั่ง ไม่ควรเปลี่ยนขนาดหรือซื้อยารับประทานเอง เพราะจะเกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะยาหม้อหรือยาคัมที่ประกอบด้วยรากไม้ต่าง ๆ หรือยาฝรั่งบางชนิดที่ทำให้มีเกลียวโปแตสเซียมในเลือดสูง

การควบคุมน้ำ

น้ำดื่ม น้ำอัดลม น้ำแข็ง ชา กาแฟ เกล็ด ไอศกรีม และน้ำแกงถือเป็นน้ำทั้งสิ้น น้ำแข็ง เกล็ด และไอศกรีม เมื่อละลายก็จะกลายเป็นน้ำในคนที่ไตปกติ ไตจะควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ถ้าได้รับน้ำมาก ไตจะขับน้ำที่เกินออก ปริมาณปัสสาวะจะเพิ่มขึ้น และถ้าได้รับน้ำน้อย ไตจะขับน้ำน้อยลง ปริมาณปัสสาวะจะลดลง แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวาย เรื้อรัง ไตจะไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้ ไม่ว่าจะได้รับน้ำมากหรือน้อยเกินไปไตก็จะคงขับน้ำออกจากร่างกายในปริมาณเท่าเดิม น้ำที่ได้รับมากเกินไปจะคงอยู่ในตัวทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มและเกิดอาการเป็นพิษน้ำ มีอาการซึม ชัก และหมดสติ แต่จะไม่บวม นอกจากมีน้ำคั่งมากกว่า 9 ลิตร ถ้าได้รับน้ำน้อยไป ก็จะมีปากแห้ง และในที่สุดมีอาการทางสมอง คือซึม และชักได้เช่นกัน ผู้ป่วยจึงต้องดื่มน้ำหรือรับประทานของที่เมื่อละลายแล้วกลายเป็นน้ำให้พอดีกับปริมาณน้ำปัสสาวะที่ไตสามารถขับออกได้ในขณะนั้น ปริมาณน้ำดื่มที่พอดีสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะ

เท่ากับน้ำที่เสียไปทางอื่น (ซึ่งในวันหนึ่ง ๆ มีประมาณ 800 มิลลิลิตร หรือ 1 ขวดน้ำพลาสติก) รวมกับ ปริมาณน้ำปัสสาวะ

ฉะนั้นผู้ป่วยอาจคำนวณปริมาณน้ำดื่มได้ง่าย ๆ ดังนี้

น้ำที่ควรได้รับ = 800 มิลลิลิตร + ปริมาณปัสสาวะ

ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะ 700 มิลลิลิตรต่อวัน

น้ำที่ควรได้รับ = $800+700 = 1500$ มิลลิลิตรต่อวัน

การหาปริมาณปัสสาวะต่อวันทำได้โดยตวงและวัดปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง สัก 2-3 ครั้ง และนำปริมาณที่วัดได้มาคำนวณหาปริมาณน้ำที่ควรได้รับต่อวัน ปริมาณน้ำที่คำนวณได้จะใช้ได้ จนกระทั่งปริมาณปัสสาวะลดลงมาก เมื่อใดที่พบว่าปริมาณปัสสาวะลดลงกว่าเดิมมากให้ตวงและวัด ปริมาณปัสสาวะใหม่ แล้วนำค่าได้ใหม่มาคำนวณหาปริมาณน้ำที่ต้องการในแต่ละวัน

การวัดปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ถ้าเริ่มต้น 7.00 น. ให้ถ่ายปัสสาวะตอน 7.00 น. ทิ้งให้หมด หลังจากนั้นเก็บปัสสาวะที่ถ่ายทุกครั้งลงในขวด (ถ้าจะถ่ายอุจจาระควรถ่ายปัสสาวะเก็บไว้ก่อน) จนถึง 7.00 น. ของวันรุ่งขึ้น ให้ถ่ายปัสสาวะให้หมดแล้วเก็บลงในขวดเป็นครั้งสุดท้าย วัดปริมาณ ปัสสาวะที่ได้ทั้งหมด ในทางปฏิบัติ เมื่อทราบปริมาณน้ำในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถควบคุมไม่ให้ ร่างกายได้รับน้ำมากหรือน้อยเกินไป โดยเตรียมน้ำดื่มใส่ขวดไว้ให้มีปริมาณเท่ากับปริมาณที่คำนวณได้ ใน 1 วัน แล้วดื่มน้ำโดยใช้ น้ำที่เตรียมไว้ในขวด หากได้รับน้ำจากที่อื่น เช่น น้ำแกง น้ำส้ม น้ำแข็ง เยลลี่ และไอศกรีม เป็นต้น ให้รินน้ำจากขวดทิ้งเท่ากับปริมาณน้ำที่ได้รับจากแหล่งอื่น

การควบคุมเกลือโซเดียม

เกลือโซเดียม คือเกลือที่ทำให้อาหารมีรสเค็ม มีอยู่ในอาหารทั่วไปเล็กน้อยแล้วแต่ชนิด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องปรับปริมาณเกลือโซเดียม ที่ได้รับแต่ละวันตามความสามารถของไต ในการ ขับเกลือโซเดียมเช่นเดียวกับน้ำ ในผู้ที่บวมหรือมีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน ควร งดเค็มเกลือในอาหาร งดใช้เครื่องปรุง และไม่ควรรับประทานอาหารที่เค็มซึ่งถือว่าเป็นของแสลง สำหรับโรค เครื่องปรุงและอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง

การควบคุมเกลือโปแตสเซียม

ไตมีหน้าที่ควบคุมปริมาณเกลือโปแตสเซียมในร่างกายเช่นเดียวกับน้ำและเกลือโซเดียมดังได้ กล่าวมาแล้ว ร่างกายได้รับเกลือโปแตสเซียมจากอาหาร เมื่อไตไม่ทำงานการขับโปแตสเซียมจะลดลง หากไม่ลดปริมาณเกลือโปแตสเซียมในอาหาร จะเกิดการคั่งของโปแตสเซียมในร่างกาย ซึ่งจะมีอันตราย ต่อหัวใจและอาจทำให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้ ผู้ป่วยไตวายที่มีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณเกลือโปแตสเซียมสูง

การควบคุมอาหารโปรตีน

อาหารโปรตีนจะถูกเผาผลาญในร่างกายเป็นของเสียที่มีสารไนโตรเจนอยู่ด้วย และถูกขับออกจากร่างกายทางไต เมื่อไตไม่ทำงานของเสียเหล่านี้จะคั่งอยู่ในตัว ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงควรต้องจำกัดอาหารโปรตีนเหลือ 40 กรัมต่อวัน และควรเลือกโปรตีนชนิดที่มีคุณค่าทางอาหารสูง เช่น โปรตีนจากไข่ และเนื้อสัตว์ แต่ควรลดปริมาณลง ส่วนโปรตีนจากพืช เช่น ถั่ว มีคุณค่าทางอาหารด้อยกว่าจากสัตว์ จึงแนะนำให้ลดหรืองดรับประทาน

ในทางปฏิบัติ เป็นการยากที่จะชั่งหรือตวงอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานแต่ผู้ป่วยอาจกำหนดอาหารโปรตีนได้ใกล้เคียง 40 กรัมต่อวัน สำหรับเนื้อสัตว์ในครั้งแรก ๆ อาจชั่งว่าเนื้อแต่ละชนิด 100 กรัม(เช็ด) มีขนาดชิ้นเท่าใด และใช้ขนาดนั้นในการประกอบอาหารต่อไป ก็จะสามารถรับประทานอาหารโปรตีนได้ปริมาณวันละ 40 กรัม

นอกจากนั้นอาจจำกัดอาหารโปรตีนให้เหลือ 20 กรัมต่อวัน แล้วเสริมด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็นหรือกรดคีโตนของกรดอะมิโน แต่ผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาวยังไม่แน่นอน ยังต้องรอการศึกษาเพิ่มเติม การควบคุมน้ำและอาหารในผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน ฉะนั้นหากมีข้อสงสัยควรปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษา

ประเภทของอาหารสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อาจแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

อาหารที่รับประทานได้โดยไม่จำกัดปริมาณ อาหารประเภทนี้ได้แก่อาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว และขนมปังที่ไม่มีเกลือโซเดียม อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องลดปริมาณ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ถั่ว ผักและผลไม้ (สำหรับไข่รับประทานได้ แต่ไม่ควรเกินวันละ 1 ฟอง) ขนมน้ำผึ้ง (ต้องลดปริมาณ เพราะมีผงฟูที่มีเกลือโซเดียมอยู่ด้วย) กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ซ็อกโกแลต อาหารที่ควรงด ชีส และเครื่องปรุงทุกชนิด (ยกเว้นน้ำส้มสายชู) อาหารขบด และอาหารกระป๋องทุกชนิด (นอกจากนมสดกระป๋องให้ลดปริมาณลงเป็นวันละ 1/2 กระป๋องหรือไม่เกินวันละ 1 กระป๋อง) การควบคุมอาหารและน้ำที่แสดงไว้นี้ เป็นวิธีการทั่วไปที่ควรปฏิบัติแต่ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีปัญหาลักษณะที่ไม่เหมือนผู้อื่น สำหรับปัญหาเฉพาะของแต่ละบุคคล ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษา

แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะของพฤติกรรม โดยเฉพาะรูปแบบของพฤติกรรมระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีอาการหอบเหนื่อยได้เนื่องจาก ไคผลิตฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน

(Erythropoitin) น้อยลง ทำให้สีของเม็ดเลือดแดงจางลง และอายุของเม็ดเลือดแดงจะสั้นลงครึ่งหนึ่ง จาก Uremictoxin ประสิทธิภาพในการขนส่งออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นมากกว่าปกติเพื่อรับออกซิเจนในอากาศให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ออกกำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจวาย เลือดคั่ง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงทั่วร่างกายให้พอเพียงได้ ซึ่งต้องหยุดกิจกรรมนั้น และนั่งพักทันที เพื่อลดการใช้ออกซิเจนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงควรออกกำลังกายโดยการเดิน รำมวยจีน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานประมาณ 15-30 นาที ให้เหงื่อออก เพื่อขับน้ำออกทาง ผิวหนังบ้าง แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ออกแรงมากเพราะจะทำให้เหนื่อยมากขึ้นและในขณะเดียวกันควรนอนหลับอย่างพอเพียงในเวลากลางคืนหรือหลับในเวลากลางวันด้วย รวมเวลาให้ได้ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.2 การปฏิบัติทางโภชนาการ

อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาการยูรีเมีย ได้แก่ อาหารที่จำกัดโปรตีน โดยให้ได้เฉพาะโปรตีนที่มีคุณค่าสูง (High Biological Value Protein) จากไข่ขาว เนื้อ กุ้ง หนู หรือ เนื้อปลาอีกเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสลายโปรตีนออกจากเนื้อเยื่อ และหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์เผาผลาญแล้วให้ยูเรียสูง ร่วมกับเกิดภาวะกรด เช่น เนื้อสัตว์บกจำนวนมาก เครื่องใน สัตว์ปีก ถ้าผู้ป่วยมีอาการบวม ความดันโลหิตสูงควรจำกัดสารอาหารโซเดียมคือ เติมน้ำได้น้อยมาก ไม่เกินครึ่งช้อนชา ไม่ควรเติมน้ำปลา ซีอิ๊วในอาหารอีก การที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนรสชาติจากอาหารที่ตนชอบไปรับประทานอาหารรสจืด ไม่ถูกปาก ทำให้เบื่ออาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประมาณร้อยละ 60 มักมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจาก มีแผลในกระเพาะอาหารมีการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหาร ในกระพุ้งแก้มเป็นแผล หรือมีอาการระคายเคืองที่เกิดจากการคั่งของแอมโมเนียในเซลล์เยื่อทางเดินอาหาร ปัญหาเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่าง ๆ ไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองในเรื่องการเลือกอาหารเฉพาะโรค และปรุงอาหารให้มีรสชาติน่ารับประทานโดยการเติมรสเปรี้ยวหรือหวานเพิ่มเล็กน้อยเพื่อชรสอาหารและอุ่นให้ร้อนพอควรหรือจัดปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทานมากขึ้นโดยไม่เติมน้ำปลา น้ำตาลในอาหารอีก ผู้ป่วยควรบริโภค เนื้อปลา หนู ไก่ กุ้ง ไข่ขาว และนมสดวันละ 0.6 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 30-35 กรัมต่อวัน ซึ่งมีกรดอะมิโน จำเป็นประมาณ 7 - 10 กรัม แต่นมสดและไข่แดงรวมทั้งถั่วมีฟอสเฟตสูงด้วย จึงไม่ควรรับประทานเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากการงดอาหารโปรตีนร่วมกับลดฟอสเฟตจะช่วยลดภาวะความดันสูงใน โกลเมอรูลัส ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะและอาจเพิ่มวิตามินด้วย ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานจำพวก น้ำหวานขนมที่มีแป้งและน้ำตาล ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกมากกว่าวันละ 1000 มิลลิลิตร ยังไม่มีความดันสูง ไม่บวม ยังไม่ต้องจำกัดเกลือแต่ผู้ป่วยส่วนมากบวมจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง กะปิ หนุ่ยหอม ผงชูรส อาหารที่ใส่ผงฟู เช่น ขนมปัง เค้ก คุกกี้ บะหมี่สำเร็จรูป และถ้ามีปัสสาวะน้อยกว่า 500-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ควรงดอาหารที่มียูริกสูง ที่ทำให้เกิด

ภาวะกรด เช่น เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ผลไม้รสเปรี้ยว อาหารที่มีโปตัสเซียมสูงจำพวก ส้ม กล้วย ฝรั่ง ผักสดเพราะจะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติและถึงแก่กรรมได้เกี่ยวกับการดื่มน้ำอย่างพอเพียงตามการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ ควบคุมการขับถ่ายของเสียทิ้งทางปัสสาวะโดยตรง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรกที่เริ่มมีอาการไตวายมักจะปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน ลักษณะปัสสาวะใสกว่าปกติ เพราะไม่สามารถขับของเสียออกมาทิ้งทางปัสสาวะได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่าวันละ 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการบวม มีหัวใจวายร่วมด้วย ก็จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วย ในแต่ละวันเท่ากับปริมาณน้ำปัสสาวะที่ขับออกของวันที่แล้วบวกกับ 400 มิลลิลิตร แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีน้ำผสมอยู่ด้วย ก็ควรรวมปริมาณน้ำในอาหารนั้นด้วย เพื่อคำนวณปริมาณ น้ำดื่มในวันต่อไปให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ร่วมกับการจำกัดอาหารโซเดียม ดังได้กล่าวไว้แล้ว และเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีปัสสาวะออกมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ก็ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นได้

1.3 การดูแลสุขภาพตนเอง

ความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต้องการทำให้ช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่องเพื่อสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองการรักษามุคนั้น จะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองในภาวะต่าง ๆ ดังนี้

การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ กิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ และจุดประสงค์ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนี้

เมื่อไตเสื่อมสมรรถภาพ ผลที่ตามมาคือ น้ำบางส่วนออกไปอยู่นอกช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial Space) เกิดอาการบวมตามเนื้อเยื่อผู้ป่วยควรลดอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมผสมอยู่ ร่วมกับการลดจำกัดน้ำดื่มลง ดังได้กล่าวไว้แล้ว จะช่วยลดปริมาณเกลือและน้ำที่คั่งในกระแสเลือดได้ การขับปัสสาวะ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะบวมจากน้ำคั่งนี้ได้ แต่ควรได้รับยาเหล่านี้อย่างถูกต้องจากแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังจากทำการตรวจสอบให้ชัดเจนว่าอาการบวมมิได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่นภาวะมีอัลบูมินต่ำในกระแสเลือดจากโรคอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมก่อนเป็นไตวายเรื้อรัง และการซื้อยาเองเป็นการเสี่ยงต่อการได้รับยาที่มีโทษ เช่น ไปซื้อยาขับปัสสาวะที่เก็บสงวนโปตัสเซียมจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มักมีภาวะ โปตัสเซียมสูง นอกจากนี้เมื่อไตเสื่อมมากขึ้น มากกว่าร้อยละ 90 (สง่า นิลารางกูร. 2526:170) ไตจะไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นอีก จึงมีความเข้มข้นใกล้เคียงกับพลาสมา ค่าคงที่ประมาณ 1.010 และมีปริมาณมากขึ้นเพราะหน่วยไตพยายามขับยูเรียออกเกิดภาวะยูเรียออสโมติกไดยูรีซิส (Urea Osmotic Diuresis) ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ คือ ผู้ป่วยจะ

ถ่ายปัสสาวะบ่อย ครั้งละมาก ๆ ทั้งกลางวันกลางคืน แต่ปัสสาวะผิดไปจากปกติ คือของเสียตามที่ควรจะเป็นเช่นในปัสสาวะคนปกติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะไม่ออก หรือสังเกตว่าตนเองไม่มีปัสสาวะนานเกิน 8 ชั่วโมง ควรมาพบแพทย์สวนปัสสาวะหรือถ้าในรายที่ผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะได้เองโดยวิธีปราศจากเชื้อ (ภายหลังจากการได้รับการสอนอย่างถูกต้องแล้ว) เพื่อตรวจสอบว่าการไม่มีปัสสาวะนั้นเกิดจากสาเหตุใด ควรจะบันทึกปริมาณปัสสาวะที่สวนได้ และถอดสายสวนออกทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่าร้อยละ 40 จะเริ่มมีการคั่งของเสียจำพวกยูเรีย (สง่า นิลวรานกูร . 2526 : 156) ภาวะยูเรียเมียเหล่านี้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ชี้นลง หรือเกิดอาการชักได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ควรมาพบแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะยูเรียเมียอย่างถูกต้อง การงดอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ก็อาจจะช่วยลดปริมาณยูเรียไม่ให้เกิดเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถลดปริมาณยูเรียในร่างกายที่มีอยู่เดิมได้

การดูแลให้ร่างกายได้พักผ่อนพอเพียง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะยูเรียในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน สมาธิและความทรงจำลดลง หงุดหงิดง่าย สิ่งเหล่านี้มีผลรบกวนอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณฝ่าเท้าซึ่งมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากยูเรียทำให้เกิดภาวะการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลาย หรืออาการเจ็บปวดกระดูกกล้ำเนื้อเนื่องจากการสลายของแคลเซียม หรือผู้ป่วยมีอาการบวมทำให้เจ็บ ตึงผิวหนังที่ถูกกดทับบริเวณ แผ่นหลัง ก้นกบ และปุ่มกระดูกขมับนอน หรือมีภาวะน้ำคั่ง เกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ทำให้ต้องพ่นน้ําลับ สิ่งเหล่านี้ล้วนรบกวนการนอนหลับโดยทั่วไปทำให้ผู้ป่วย พักผ่อนไม่เต็มที่

การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตและสวัสดิภาพ ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจหลอดเลือด และระบบไหลเวียนได้มาก พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีภาวะความดันโลหิตสูง (Comty and Collins . 1984 : 414) เนื่องจากกลไกการหลังเรตินสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงในไตหดตัว นูรีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงในหัวใจตีบได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงควรป้องกันตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และสุราเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง เนื่องจากการเผาผลาญน้ำตาลสูงขึ้น สุราทำให้เซลล์ของตับเสื่อมและระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยอ่อนแอลง การผลิตอัลบูมินในกระแสเลือดลดลง ร่างกายจึงต้องดึงโปรตีนในเนื้อเยื่อออกมาใช้มากยิ่งขึ้น (Protein Breakdown) ทำให้เกิดยูเรียคั่งในร่างกายมากขึ้น และสุรายังทำให้เกิดภาวะเยื่อทางเดินอาหารอักเสบมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดอื่นๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเมาค้าง ประสาทหลอน มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีผลต่อวิธีการคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำการใด ๆ เพื่อดูแลตนเองย่อมเบี่ยงเบนไป

จากความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่สามารถปกป้องตนเอง หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้ร่างกายเสื่อมโทรมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น

การดูแลสุขภาพตนเอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีอาการบ่งชี้เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติจากการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งจากการรักษาของแพทย์ การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะนี้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้แก่

1) การแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดอาการไม่สบายจากโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยควรแสวงหาข้อมูลความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ ไม่ให้ร้านขายยาจัดยาให้โดยไม่ผ่านกระบวนการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองเพื่อประเมินสภาพของโรค ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ไม่ถูกต้องพอเพียงที่จะควบคุมพยาธิสภาพ ของโรคทั้งหมด เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการบางประการเท่านั้น และถ้าผู้ป่วยรอจนอาการทุเลาไปเอง โดยไม่ได้แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย ไม่ปรึกษาแพทย์ เพื่อค้นหาสมมติฐานความรุนแรงของโรคและตรวจสอบอาการแทรกซ้อน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ย่อมทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความรุนแรงของโรค และผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดผลเสียตามมา คือ อาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น จนเกินภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

2) รับรู้สนใจติดตามเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ อาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พบบ่อย คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการคั่งของเกลือและน้ำ ทำให้เกิดอาการไม่สบายจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจไหลเวียนและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น หอบเหนื่อย บวมบริเวณหนังตาบวม ก้นบวม และหลังเท้า และน้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรจดบันทึกเปรียบเทียบน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอ โดยการชั่งน้ำหนักหลังปัสสาวะอุจจาระแล้ว และก่อนรับประทานอาหารมื้อเช้า ทุก 1-2 สัปดาห์ จะทราบความเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ป่วยควรควบคุมน้ำหนักมิให้เพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ใน 2 สัปดาห์ และควรสนใจชั่งน้ำหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อแก้ไขปรับปรุงน้ำหนักได้ทันทั่วทั้งทีกหรือถ้าผู้ป่วยไม่มีเครื่องชั่งเองที่บ้าน ก็ควรจดบันทึกเปรียบเทียบน้ำหนักทุกครั้งที่มีโอกาส เช่น ในขณะที่มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล และควรควบคุมความดันโลหิตโดยปฏิบัติเช่นเดียวกัน และไม่ควรจะวัดความดันโลหิตน้อยกว่า 2-4 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรเฝ้าสังเกตอาการบวม หอบเหนื่อย ตบงบันทึกน้ำดื่มและปัสสาวะ เพื่อจะได้รักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นให้หมดไปโดยง่าย

ซึ่งกิจกรรมการเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพเหล่านี้ถ้าได้กระทำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ หรือใน 1-2 สัปดาห์ ค่อยครั้งอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ฟันฟู และการป้องกันผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น แผนการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองโดยทั่วไป มุ่งเน้นที่การรับประทานยา

ควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ ให้ได้รับสารอาหารโปรตีนที่จำเป็นในปริมาณพอเหมาะ และการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารตามความรุนแรงของพยาธิสภาพในผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่ผู้ป่วยมักจะได้รับเพื่อควบคุมระดับน้ำในร่างกายคือ ยาขับปัสสาวะนอกจากนี้ยังมียาที่ช่วยลดภาวะกรดของร่างกาย ยาช่วยขับฟอสเฟต ยาที่มีกรดอะมิโนจำเป็น และวิตามินดีซึ่งควรจะได้รับประทานตามแผนการรักษาตลอดเวลาเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณสารอาหารโปรตีน และการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารเฉพาะโรค เพื่อป้องกันพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะยูรีเมีย และภาวะน้ำเกินจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่ปรุงเฉพาะโรคได้วยเรื้อรังเป็นประจำทุกมื้อ ถึงแม้จะมีความจำเป็นจะต้องรับประทานอาหารนอกบ้านจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ผู้ป่วยควรจะเลือกซื้ออาหารที่เป็นอาหารเฉพาะโรคเป็นประจำทุกครั้ง

1.4 การใช้ยา

เนื่องจากจุดประสงค์ของวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองมุ่งเน้นที่การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการ ยาเหล่านี้ได้แก่ ยาลดความดันในโกลเมอรูลัส ยากลุ่มขัดขวางแคลเซียมเข้าเซลล์ สารผสมกรดอะมิโนจำเป็น ยาควบคุมสมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง ยาควบคุมความดันโลหิต ยาที่ช่วยขับฟอสเฟต เพื่อขับออกทิ้ง รวมทั้งวิตามินและยาบรรเทาอาการอื่น ๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ว่าต้องรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งทราบฤทธิ์ของยาอย่างง่าย ๆ เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยอาจทำให้บทบาทในการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจนสูญเสียความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเอง โดยมีเวลาอยู่ตามลำพังเป็นส่วนตัวบ้าง เพื่อที่จะคิดพิจารณาทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ แล้วตัดสินใจแก้ไขปัญหาดัง ๆ ด้วยตนเองตามแนวทางที่ตนต้องการ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม เพื่อไว้พึ่งพาอาศัยกันในยามจำเป็น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีโอกาสติดเชือดีง่าย โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจที่กำลังแพร่กระจายเป็นอันดับหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ โดยการแยกภาชนะแก้วน้ำดื่มไม่ปะปนกับผู้อื่น นอกจากนี้ควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นถ้ามีการติดเชื้อ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การกลั้นปัสสาวะที่จะทำให้ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย และการซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเอง อาจทำให้ได้เสื่อมมากยิ่งขึ้น ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ตามความสามารถที่เหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยเรียนรู้ ที่จะปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อจะรักษาควบคุมอาการให้เข้ากับแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดำเนินกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข แม้จะมีข้อจำกัดบางประการก็ตาม และสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตจริงตามศักยภาพของตนได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

และแผนการรักษา และสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสุขสบาย

3.ด้านอารมณ์

เมื่อเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยย่อมเกิดความเครียดจากความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ว่าความเครียดและความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อตนเอง ทำให้โรครุนแรงขึ้นได้ ผู้ป่วยควรจัดการบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือมีความต้องการที่จะเอาชนะต่อความเจ็บป่วยจากโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคอยู่นี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ซึ่งได้แก่ กิจกรรมทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ที่มุ่งหวังในอนาคตได้เช่น การปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาผู้อื่น เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเองว่าตนมีความสำคัญที่สุดที่จะเป็นผู้ริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองเป็นคนแรก ซึ่งจะมีผลทำให้อาการโรคดีขึ้นได้ และการยอมรับที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง ตามสภาวะการณ์

4. ด้านสติปัญญา

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม จะต้องทราบด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจว่าการกระทำเหมาะสมจะต้องมีความรู้มาก่อนว่ากิจกรรมที่จะกระทำมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการได้หรือไม่ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจลงมือกระทำได้ แล้วดำเนินการกระทำอย่างมีเป้าหมายและ โอเรม(Orem 1991:128) ยังได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ว่า ความรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอ และถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองส่งเสริมสุขภาพ โดยป้องกันมิให้สุขภาพเสื่อมโทรม ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติสุขด้วย นอกจากนี้โอเรมได้ กล่าวถึงความจำเป็นของการมีความรู้ว่าคุณค่าความรู้เพราะต้องการเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา (Learning Self-care) เพราะธรรมชาติของบุคคลเป็นผู้มีความสามารถ ที่จะฝึกหัดตนเองให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learned Behavior) ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองนี้เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ไม่เท่ากัน เนื่องจากความแตกต่างของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความสามารถในการสื่อสารก็ตาม เนื่องจากไตวายเป็นโรคเรื้อรัง ไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคตามความสามารถที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขพอสมควร โดยการป้องกันอุบัติเหตุในขณะที่เคลื่อนไหวเนื่องจากกระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุดตามความ

สามารถที่เหลืออยู่ เพื่อตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงโดยยอมรับสภาพ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เพื่อการตรวจสอบเผื่อระวังผลที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพได้แก่ การตวงน้ำตวงปัสสาวะสม่ำเสมอ เวลาที่ควรชั่งน้ำหนัก เพื่อให้ได้น้ำหนักตัวที่ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุดคือ ชั่งหลังจากตื่นนอนเช้า และขับถ่ายแล้ว ก่อนที่จะรับประทานอาหารอย่างน้อยทุก 1-2 สัปดาห์ และถ้าต้องการวัดความดันโลหิต ควรวัดในขณะที่มีความเครียดไม่รีบร้อน หรือได้นั่งพักจนหายเหนื่อยแล้ว

5. ด้านการประกอบอาชีพ

เมื่อผู้ป่วยมีสภาพเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากพยาธิสภาพทำให้มีรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป มีอาการบวม ผิวหนังช้ำชืด และมีสีคล้ำลง มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเหนื่อยง่าย ความคิดความอ่านซึมเซา ไม่กระฉับกระเฉง จึงต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทมาพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจต้องละทิ้งงาน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาคูกเงินจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเป็นบางช่วง ทำให้สูญเสียหน้าที่การงาน เสื่อมความนับถือไว้วางใจจากผู้ร่วมงาน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอาชีพ หรือต้องออกจากงาน เกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองได้มากซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องสามารถดัดแปลงการรับรู้ อคติทัศนคติและยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ปรับบทบาทหน้าที่ยอมรับที่จะพึ่งพาผู้อื่น และยังรู้สึกว่าคุณค่าได้อย่างสมบูรณ์

6. ด้านศาสนา

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากภาวะของโรคและการรักษา ทำให้มีความวิตกกังวลท้อแท้ สิ้นหวังและซึมเศร้า ต้องอาศัยหลักธรรมทางพุทธศาสนาเพื่อช่วยให้สามารถปรับตัว ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เช่นการฝึกอานาปานสติสมาธิมีผลทำให้ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลงได้ (พิทยา จิตสุวรรณ . 2535: บทคัดย่อ)

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรดังต่อไปนี้

เพศ

โอลเดนเบิร์กและคนอื่นๆ (Oldenburg, and others. 1988 : 555 - 564) ศึกษาความสัมพันธ์และสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดและการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องหลาย ๆ วิธีในออสเตรเลีย โดยมองคุณภาพชีวิตเป็นความสามารถในการปรับภาวะทางจิตสังคมศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 102 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีคะแนน คุณภาพชีวิตในมิติของการควบคุมโรคดีกว่าเพศชาย

วอล์กเกอร์และคนอื่นๆ (Walker and others. 1987 : 84) ได้ศึกษาพบว่า เพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย

มูห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman . 1988 : 637 - 646) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าของสุขภาพและพฤติกรรมในทางบวกต่อสุขภาพ พบว่า เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ลัbben , ไวเลอร์ และชาย (Lubben ,Weiler and Chi. 1989 : 731) ที่ศึกษาการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า เพศชาย มีการเข้าร่วมกิจกรรมและสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่าเพศชายในขณะที่เพศชายที่อายุมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

พอร์เตอร์ และคนอื่นๆ (Porter and others. 1993 : 20) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดความระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศชาย

อายุ

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and River . 1965 : 236 - 268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นและการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่ม ประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์ก ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในอายุ ผลการศึกษาพบว่า มีสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ

ระดับการศึกษา

มูห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 637 - 646) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าของสุขภาพและพฤติกรรม ในทางบวกต่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and River. 1965 : 265 - 268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นและการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่ม ประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์ก ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันใน ระดับการศึกษาเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งในผู้ตอบได้เอง และให้ผู้เชี่ยวชาญสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็น ทำให้เกิดการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ และถ้าการศึกษาสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น และการปฏิบัติที่มีเหตุผลขึ้นด้วย

คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาดำจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

อาชีพ

จาโลวิก และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเนื่องจาก อาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวกับงานสุขภาพอนามัย

รายได้ของครอบครัว

เวลลิตส์และไครเดอร์ (Wellits and Crider. 1988 : 176) ได้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ดีประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูงซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

สถานภาพสมรส

เบลเชอร์ และคนอื่นๆ(คารากร แซ่ไค้ว. 2535 : 6 ; อ้างอิงมาจาก Belcher and others. 1982 : 308) ได้ศึกษาพบว่าคนโสดมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในบ้านและสังคมสูงกว่าคนที่สมรสส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ คู่สมรสอาจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมาก เป็นการขัดขวางการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษางานวิจัยอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าดังต่อไปนี้

เจนริช (Jenrich. 1975 : 888) ได้ศึกษาโดย แบ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมตามความเครียดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกมีความเครียดเนื่องจากการถูกคุกคามด้วยความรู้สึก

สูญเสีย เช่น การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย การสูญเสียสถานภาพทางเศรษฐกิจ กลุ่มที่สองมีความเครียดซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ เช่น จากการที่แพทย์ทำผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งของหลอดเลือดใหม่ กลุ่มที่สามมีความเครียดเนื่องจากแรงขับไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น ปัญหาเรื่องการจำกัดอาหารและน้ำ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย แต่ผู้ป่วยต้องอดทนต่อความหิวความกระหายที่เกิดขึ้น ไม่สามารถรับประทานได้ตามใจปรารถนา ก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจตามมา ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องสูญเสียสมรรถภาพทางเพศหรือมีความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ หรือจากการที่มีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าอยู่ในใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความคับข้องใจระหว่างการฟังกาและไม่ฟังกาเครื่องมือไตเทียมเพื่อให้ชีวิตอยู่เป็นต้น

คัทเนอร์ และคาร์ดินัส (Kutner and Cardenas. 1981 : 626 - 30) ศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม 137 คน พบว่าผู้ป่วยอายุ 25-34 ปี ปรับตัวต่อการรักษาดีที่สุด มีความพอใจกับสุขภาพเศรษฐกิจ สัมพันธภาพของครอบครัวชีวิตทางสังคมผู้วิจัยได้ให้เหตุผลใน 2 ประเด็น คือ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นวัยอายุยังน้อยและมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม และอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ ในกลุ่มนี้มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่ได้รับการรักษามากกว่า 3 ปี ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวต่อสถานะการเป็นผู้ป่วยและวิธีการรักษา นอกจากนี้ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม ผู้ป่วยใช้เวลาในการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประมาณ 6-12 เดือน ในกลุ่มที่อายุน้อย ผู้ป่วยอาจจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และยังไม่มีความตระหนักรู้โดยเฉพะทางหัวใจและปอดหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอื่น ๆ นอกจากไตล้มเหลวเรื้อรัง และได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมทั่วไปในผู้ป่วยไตเทียม จำนวน 2,481 คน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ร้อยละ 75 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี ร้อยละ 57 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 30-59 ปี และร้อยละ 40 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ความสามารถในการดำรงกิจกรรมในสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพไม่มีผลต่อความพอใจในชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม และไม่มีผลต่อความพอใจในชีวิตของคนสุขภาพปกติ

ทอมสัน และคนอื่น ๆ (Thomson and others . 1981 : 93 -102) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร ในประเทศออสเตรเลีย จำนวนผู้ป่วย 39 คน ที่ไม่มี โรคเบาหวาน และรักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรมากกว่า 3 เดือน พบว่าผู้ป่วย 25 คน (ร้อยละ 64) มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก ประเมินโดยความสุขสบายทั่วไปและความสามารถที่จะทำงานเต็มเวลา ทำหน้าที่ในบ้านหรือเรียนหนังสือ ผู้ป่วย 10 คน (ร้อยละ 26) ได้รับความทุกข์ทรมาน มีความสุขสบายและความสามารถที่จะทำงานเต็มเวลาลดลงและผู้ป่วย 4 คน (ร้อยละ 10) ไม่สามารถทำงานได้อีกและไม่รู้สึก สุขสบายในผู้ป่วย 14 คน ที่มีการลดลงของคุณภาพชีวิต มีสาเหตุจากอาการค่อนข้างอ่อนเพลีย

4 คน การติดเชื้อในช่องท้องบ่อย ๆ (Repeated Peritonitis) 3 คน โรคเรื้อรังอื่น ๆ 4 คน ภาวะซึมเศร้า 2 คน และการทำไดอะไลซิสไม่เพียงพอ (Inadequate Dialysis) 1 คน จากการศึกษานี้ ทำให้ทราบว่าอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษารวมถึงการติดเชื้อในช่องท้องมีผลต่อคุณภาพชีวิต

กัวรส์ก และคนอื่น ๆ (Gaurask and others. 1987 : 413 - 423) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเพิ่มขึ้น จากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและจัดการของตนเองเข้าอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษา หรือแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษาจะทำให้เกิดความสัมพันธ์มากขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติ ตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้นคือการเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการ ถ่ายทอดปรึกษาหารืออาการของตนเองสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการป่วยนั้น ๆ โดยที่ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตนเองจากผลการรักษา อาการข้างเคียง จากการรักษา ความพอใจต่อการบำบัดรักษา และข้อมูลเหล่านั้นมาประมวลเข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

การวิจัยในประเทศไทย

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรดังต่อไปนี้

เพศ

สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : 91) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วย ที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนของการดูแลตนเอง

นิตยา ภิบุญคำ (2531 : 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวังความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนของการดูแลตนเอง

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 56 - 57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันปกติ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยในแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และการประกอบอาชีพ สูงกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญ

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับ บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มารับบริการ เพศชายและ หญิงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534 : 50 - 52) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและ สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 159) ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจ รักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ชาย 92 คน หญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

นัยนา พิพัฒน์วิเศษ (2535 : 26) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย

พิสมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาผู้ป่วยที่มา รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มารับบริการ ชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

สุวิชา จันทรสุนทรกุล (2536 : 102) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 49) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรร บางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายไม่มีผลต่อความพร้อม ในการดูแลตนเอง แตกต่างกัน

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 177) ได้ศึกษาลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชน เขตเมือง ภูมิศึกษา จังหวัด นนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชน เขตเมือง เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน

สาตี พิกุลทอง (2539 : 149) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 39) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 75) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

อัสรา อารวม (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อายุ

นิตยา ภิญโญคำ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ที่มีอายุแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง พบว่า อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ

สุรี ชันธรักษวงศ์ (2532 : 84 - 85) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยความดันโลหิตปกติ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 25-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

เจษฎา ณ ระนอง (534 : 121) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 86) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับบริการอายุต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และ หญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต

ถนอมวรรณ อยู่จำ (2536 : 127) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางกลุ่มตัวอย่าง 267 คน เป็นชาย 168 คน หญิง 99 คน ผลการศึกษา พบว่าอายุต่างกันมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ปิ่นทิพย์ นุณยชาติ (2536 : 84) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง 300 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกันมีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของประชาชนเขตเมือง :กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

สุลิตี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุคือ ระดับการศึกษา

สุวีร์ ชันธรักษวงศ์ (2532 : 84) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบล ตูลยภรณ์ (2533 : 99) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 196 คน ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่า ผู้รับบริการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่า

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษา แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 130) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง กลุ่มตัวอย่าง 267 คน เป็นชาย 168 คน หญิง 99 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 68) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพอใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ที่จะช่วยเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษาจะเน้นเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและสติปัญญาสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญ

วาสนา ถือนวงษ์ (2540 : 135) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 42) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ผลการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

อัสรา อาวรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

อาชีพ

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 58) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยความดันโลหิตปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่าอาชีพทำไร่ ทำนา รับจ้าง รายวัน และอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

เจษฎา ณ ระนอง (2534 : 123) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่อาชีพของผู้ปกครองต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษา แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการการตรวจรักษา ในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง ทัศนศึกษา จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

สุนี เวชประสิทธิ์ (2540 : 88) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพของครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว

สิริอร พัวศิริ (2533 : 67) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เจษฎา ณ ระนอง (2534 : 123) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่รายได้ของผู้ปกครองต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

จิรประภา ภาวิไล (2535 : 67) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 107) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 59) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536: 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยคัดสรรบางประการความในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมือง ภูมิศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างดี

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 77) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ผลการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

อัสรา อวรณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส

สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : 66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีสถานภาพสมรสคู่มีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้มีสถานภาพสมรสโสด

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

นิรนาท วิทยาโชกิตติคุณ (2534 : 50 - 52) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแบบแผนชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05

คารากร แซ่ไคว่ (2535 : 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบาง ประการ อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 95) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

สุวิชา จันทรสุนทรกุล (2536 : 120) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดูแลตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 127 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีผลกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

สุณี เวชประสิทธิ์ (2540 : 88) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

อัสรา อารณ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างก็มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ข) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด

นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัส (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีผลต่อการดูแลตนเอง

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2532 : ข) ได้สำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่สูญเสียขา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้เสียขา

สนธยา พิชัยกุล (2533 : 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียออกทางเยื่อหุ้มช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อ

ห้องห้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคไต คลินิกจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คลินิกปลูกถ่ายอวัยวะ แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 74 คน จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 69) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังต่อไปนี้

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะเจ็บป่วยพบว่า รูปแบบพฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยา มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับครอบครัว พฤติกรรม การรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามเหตุผลที่พ่อบ้านแม่บ้านได้ปรึกษากันตกลงร่วมกัน
 2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรม การรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ แม่ใหญ่ ย่ายาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น
 3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติกรรม การรักษาเยี่ยวยา เป็นการรักษาตนเองโดยใช้หมอพื้นบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น
- นอกจากนั้นยังพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองมีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะ คือ

- 1) การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย แต่อดทนเมินเฉยหรือปล่อยให้หายเอง
- 2) ปฏิบัติด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น นอนพัก งดอาหารบางชนิดดื่มน้ำมาก ๆ ดื่มน้ำอุ่น เช็ดตัว เป็นต้น
- 3) การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : ก - ข) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้ รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ผลการศึกษพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต ซึ่งวัดด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของเฟอแรนส์ และเพาเวอร์ของกลุ่มตัวอย่าง

อยู่ในเกณฑ์ดี สัมพันธ์กับอายุ การเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิทศน์ จันทร์โพธิ์ศรี (2533 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด จะเป็นลักษณะของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผสมระหว่าง แบบแผนของการแพทย์แผนใหม่และแบบแผนวิถีทางวัฒนธรรมซึ่งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย

1. อิทธิพลการแพทย์สมัยใหม่กระจายเข้าสู่ชนบทมากขึ้น
2. วิถีทางวัฒนธรรมที่เคยถือปฏิบัติกันมาแต่บรรพบุรุษ
3. อิทธิพลของเครือญาติ
4. การศึกษา
5. สภาพทางเศรษฐกิจ
6. ความต้องการทางด้านจิตใจ

พัทธา จิตสุวรรณ (2535 : ก - ข) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติ สมบัติต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม 21 คน ของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกอานาปานสติสมบัติ มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง

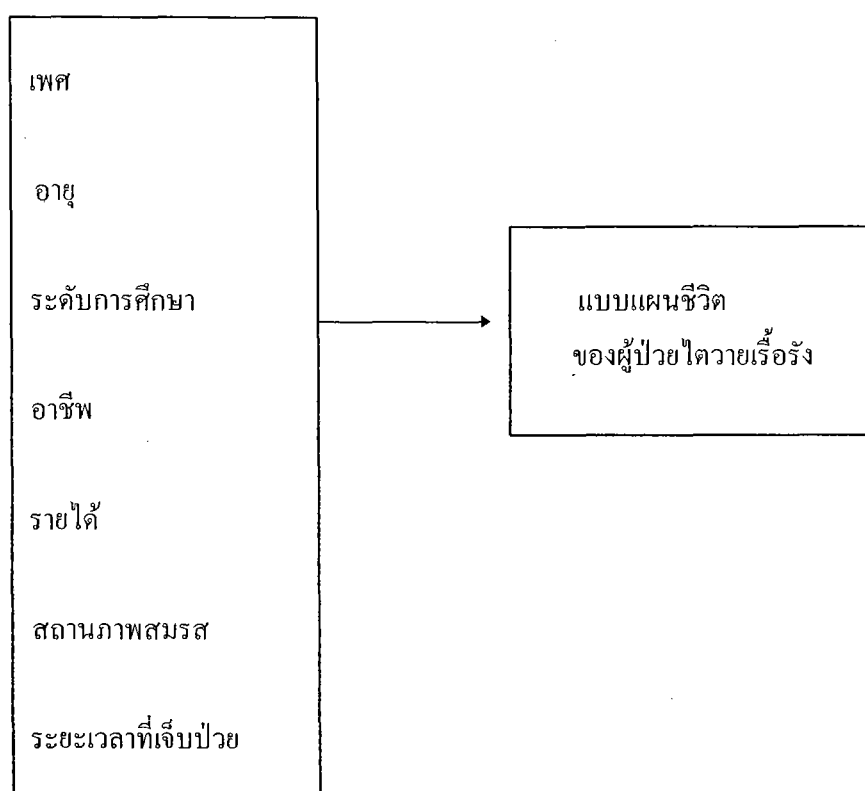
นนุช บุญยัง (2536 : ก - ข) ได้ศึกษา ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต 90 ราย คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลรามารัตนบุรี กลุ่มตัวอย่าง 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะในการดูแลตนเองน้อย และคุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตหลังเปลี่ยนไตดีกว่าก่อนเปลี่ยนไต อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

สมศรี ศักดิ์สง่าวงศ์ (2536 : ข) ได้ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร ตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ จำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านบทบาทของบิดา สามี การทำงาน และบทบาทของผู้ป่วยได้ดีแสดงพฤติกรรมการกระทำ และพฤติกรรมแสดงความรู้สึกได้ถูกต้องเหมาะสม

ศรัณญา เบญจกุล (2538 : ข) ได้ศึกษานुकคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่าง 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีนุกคลิกภาพที่เข้มแข็ง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ดี และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแบ่งกลุ่ม

ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มตามความแตกต่างของระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไตพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมากกว่า 24 เดือน ไม่พบตัวแปรใด ๆ จากการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จากแนวคิดนี้ผู้วิจัย จึงนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตระหว่างตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาแบบประคับประคอง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2540 - มกราคม พ.ศ. 2541 ประมาณ 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 232 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยประมาณ 232 ราย ซึ่งได้มาจากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตาราง ของ เคอร์จิ และมอร์แกน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 303 ; อ้างอิงมาจาก Krejcie and Morgan)
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Life Style Assessment Questionnaires) ในส่วน เวลเนส อินเวนทอรี เซกชั่น(Wellness Inventory Section) ของเฮตเลอร์ (Hettler. 1982 : 226 - 231) และร่วมกับการศึกษา แบบรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยมีคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต และได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยข้อความ ทางบวกและทางลบจำนวน 50 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามประเมินแบบแผนชีวิต เป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale) ให้เลือกตอบได้ 3 อันดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยได้กระทำเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ข้อความทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน

2. ข้อความทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	2	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนแบบแผนชีวิตมีดังนี้(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีแบบแผนชีวิตดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีแบบแผนชีวิตพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีแบบแผนชีวิตต้องปรับปรุง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. คัดแปลงแบบสอบถามประเมินแบบแผนชีวิต
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในส่วนที่ผู้วิจัยดัดแปลง พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 5 ท่านเป็นผู้พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้อง หรือ เป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ + 1

ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้อง หรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ 0

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ - 1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .50 เป็นแบบสอบถาม

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาค่าความเที่ยงตรง แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คนและนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับเป็นแบบสอบถาม 50 ข้อ (Corrected Item to Total Correlation) ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .1760 - .6927

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือที่ทางบัณฑิตวิทยาลัยออกให้ไปติดต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และหัวหน้าหน่วยไตทราบ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและวิธีกำหนด ดิถีกระดาศที่ผู้วิจัยทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลประจำห้องตรวจทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์ พยาบาลจะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมาพบผู้วิจัยที่บริเวณสถานที่ที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะถามความสนใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ในรายที่มีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและให้ตัวอย่างตอบตามช่องคำตอบที่ระบุ ซึ่งจะใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ขณะที่ทำแบบสอบถามอยู่ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกขอเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งหากมีกรณีเช่นนี้ผู้วิจัยจะคัดออกจากเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอื่นต่อไป

วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลตามตัวแปรอิสระ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One- Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7
6. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่าง เป็นรายคู่โดยวิธีของ เชฟเฟ่ (Scheffé Method)
7. ดำเนินการประเมินผลข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) โดยใช้สถิติดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาเจ็บป่วย

- 1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ
 เรียกว่า ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาใน
 เชิงปริมาณ หรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2537 : 117)

2.1.1 หากำดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาถึงความเห็น และให้คะแนน

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หากำอ่านาจจำแนกเป็นรายข้อโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนน
ทั้งฉบับ (Corrected Item to total Correlation) จากสูตร (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119 - 120)

$$R_{XY} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ R_{XY} คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ คือ ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง

$\sum XY$ คือ ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y

$\sum X^2$ คือ ผลบวกของกำลังสองของคะแนน X

$\sum Y^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของข้อคำถามแต่ละข้อ

S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อจำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติ ที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{S_1^2}{n_1 - 1} + \frac{S_2^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าใช้พิจารณาใน t - distribution
 $\bar{X}_1 \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 $S_1^2 S_2^2$ แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 $n_1 n_2$ แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 df แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
 เมื่อจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยใช้การ
 ทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One -Way Analysis of Variance) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3,
 4 , 5 , 6,7 (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการพิจารณาใน F - distribution
 MS_B แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
 MS_W แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.2.1 ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติจึงทำการ
 ทดสอบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ้ (Scheffe' Method) ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 227)

$$S = \sqrt{(k-1)(F)(Msw) \left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right)}$$

S แทน ค่าวิกฤตแบบเชฟเฟ้
 k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 F แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical Value)
 Msw แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
 $n_i n_j$ แทน จำนวนคนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน F - distribution

p แทน ระดับความน่าจะเป็น (Probability)

df แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

SS แทน ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและระดับแบบแผนชีวิต โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำแนกตามตัวแปรอิสระที่ศึกษา

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิก โรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1-2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	43.10
หญิง	132	56.90
รวม	232	100.00
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	8	3.40
20 - 39 ปี	75	32.30
40 - 59 ปี	80	34.50
60 ปีขึ้นไป	69	29.70
รวม	232	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	80	34.50
ประถมศึกษา	100	43.10
มัธยมศึกษา	52	22.40
รวม	232	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	14.70
ค้าขาย	30	12.90
เกษตรกรรม	8	3.40
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	33.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	35.80
รวม	232	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน	107	46.10
3,000 - 8,000 บาท ต่อเดือน	73	31.50
8,001 - 13,000 บาท ต่อเดือน	27	11.60
13,001 บาทขึ้นไป	25	10.80
รวม	232	100.00
สถานภาพสมรส		
คู่	141	60.80
โสด	49	21.10
หม้าย/หย่า/แยก	42	18.10
รวม	232	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	33	14.20
1 ปี - 2 ปี	57	24.60
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	13.40
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	12.50
4 ปี ขึ้นไป	82	35.30
รวม	232	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.90 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 43.10 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.50 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.30 ได้รับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.10 รองลงมา ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อีกร้อยละ 34.50 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.80 รองลงมา มีอาชีพ รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.20 รายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 46.10 รองลงมา มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.50 ที่มีรายได้สูงกว่า 13,001 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 10.80 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 60.80 รองลงมา เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 21.10 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง นานกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.30 รองลงมา 1 ปี - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.60

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแบบแผนชีวิต

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
แบบแผนชีวิต		
ดี	56	24.10
พอใช้	166	71.60
ควรปรับปรุง	10	4.30
รวม	232	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ มีแบบแผนชีวิตระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 71.60 รองลงมามีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 24.10 และมีแบบแผนชีวิตต้องปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 4.30

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับแบบแผนชีวิตรายด้าน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 3 - 26

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

แบบแผนชีวิต	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย	232	1.21	.34	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	232	1.46	.44	ดี
ด้านอารมณ์	232	1.28	.32	พอใช้
ด้านสติปัญญา	232	1.05	.43	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ	232	1.46	.59	ดี
ด้านศาสนา	232	1.34	.45	ดี
รวม	232	1.14	.26	พอใช้

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแบบแผนชีวิตโดยทั่วไปอยู่ในระดับ พอใช้ เมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
ชาย	100	1.2443	.363	พอใช้
หญิง	132	1.1926	.318	พอใช้
รวม	232	1.2149	.341	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
ชาย	100	1.4000	.442	ดี
หญิง	132	1.5025	.427	ดี
รวม	232	1.4583	.435	ดี
ด้านอารมณ์				
ชาย	100	1.2867	.310	พอใช้
หญิง	132	1.2790	.330	พอใช้
รวม	232	1.2823	.320	พอใช้

ตาราง 4 (ต่อ)

เพศ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
ชาย	100	1.0786	.420	พอใช้
หญิง	132	1.0216	.430	พอใช้
รวม	232	1.0462	.425	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
ชาย	100	1.4433	.614	ดี
หญิง	132	1.4672	.578	ดี
รวม	232	1.4569	.596	ดี
ด้านศาสนา				
ชาย	100	1.3214	.461	พอใช้
หญิง	132	1.3496	.436	ดี
รวม	232	1.3374	.448	พอใช้

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายและเพศหญิง มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านสติปัญญาอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านศาสนา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายมีแบบแผนชีวิตระดับพอใช้ ส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ชาย	100	1.1434	.244	พอใช้
หญิง	132	1.1329	.267	พอใช้
รวม	232	1.1374	.255	พอใช้

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง มีแบบแผนชีวิตในระดับพอใช้

ตาราง 6 วิเคราะห์ความแตกต่าง ของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามเพศ

แบบแผนชีวิต	เพศ						t	P
	ชาย			หญิง				
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S		
ด้านร่างกาย	100	1.2443	.363	132	1.1926	.318	1.15	.251
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	100	1.4000	.442	132	1.5025	.427	-1.78	-.076
ด้านอารมณ์	100	1.2867	.310	132	1.2790	.330	.18	.858
ด้านสติปัญญา	100	1.0786	.420	132	1.0216	.430	1.01	.314
ด้านการประกอบอาชีพ	100	1.4433	.614	132	1.4672	.578	-.30	.762
ด้านศาสนา	100	1.3214	.461	132	1.3496	.436	-.47	.635
รวม	100	1.1434	.244	132	1.1329	.255		

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพศชายและเพศหญิง มีแบบแผนชีวิตรายด้านไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
จำแนกตามอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.1964	.2747	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.2000	.3452	พอใช้
40 - 59 ปี	80	1.2089	.3658	พอใช้
60 ปีขึ้นไป	69	1.2402	.3094	พอใช้
รวม	232	1.2149	.3386	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.2917	.4521	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.4978	.4151	ดี
40 - 59 ปี	80	1.4667	.4762	ดี
60 ปีขึ้นไป	69	1.4251	.4078	ดี
รวม	232	1.4583	.4355	ดี
ด้านอารมณ์				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.2500	.2955	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.3200	.2884	พอใช้
40 - 59 ปี	80	1.2104	.3168	พอใช้
60 ปีขึ้นไป	69	1.3285	.3512	พอใช้
รวม	232	1.2623	.3207	พอใช้

ตาราง 7 (ต่อ)

อายุ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.0179	.5204	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.0381	.4314	พอใช้
40 - 59 ปี	80	1.0446	.4434	พอใช้
60 ปีขึ้นไป	69	1.0600	.3961	พอใช้
รวม	232	1.0462	.4280	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.5000	.5634	ด
20 - 39 ปี	75	1.5822	.5510	ด
40 - 59 ปี	80	1.4583	.5572	ด
60 ปีขึ้นไป	69	1.3140	.6565	พอใช้
รวม	232	1.4569	.5926	ด
ด้านศาสนา				
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.3214	.5702	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.3410	.4311	ด
40 - 59 ปี	80	1.3464	.4418	ด
60 ปีขึ้นไป	69	1.3251	.4622	พอใช้
รวม	232	1.3374	.4462	พอใช้

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกกลุ่มอายุมีแบบแผนชีวิต ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านสติปัญญาอยู่ในระดับพอใช้ อายุ 20 - 39 ปี และอายุ 40 - 59 ปี มีแบบแผนชีวิตในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี ส่วนอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแบบแผนชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ต่ำกว่า 20 ปี	8	1.0850	.2633	พอใช้
20 - 39 ปี	75	1.1403	.2611	พอใช้
40 - 59 ปี	80	1.1277	.2634	พอใช้
60 ปีขึ้นไป	69	1.1516	.2476	พอใช้
รวม	232	1.1374	.2567	พอใช้

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกอายุ มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 9 วิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนแบบแผนชีวิต รายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	.0663	.0221	1906	.9027
	ภายในกลุ่ม	228	26.4264	.1159		
รวม		231	26.4897			

ตาราง 9 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	3	.4206	.1402	.7365	.5312
	ภายในกลุ่ม	228	43.3989	.1903		
	รวม	231	43.8194			
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	3	.6756	.2252	2.2245	.0861
	ภายในกลุ่ม	228	23.0819	.1012		
	รวม	231	23.7575			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	3	.0248	.0083	.0450	.9873
	ภายในกลุ่ม	228	41.8682	.1836		
	รวม	231	41.8929			
ด้านการ ประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.6018	.8673	2.5182	.0589
	ภายในกลุ่ม	228	78.5228	.3444		
	รวม	231	81.1245			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	3	.0200	.0067	.0331	.9919
	ภายในกลุ่ม	228	45.9715	.2016		
	รวม	231	45.9916			

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตรายด้านไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	80	1.1321	.3261	พอใช้
ประถมศึกษา	100	1.2700	.3409	พอใช้
มัธยมศึกษา	52	1.2363	.3346	พอใช้
รวม	232	1.2149	.3349	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	80	1.4042	.4881	ดี
ประถมศึกษา	100	1.5133	.3890	ดี
มัธยมศึกษา	52	1.4359	.4305	ดี
รวม	232	1.4583	.4286	ดี
ด้านอารมณ์				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	80	1.3375	.3204	พอใช้
ประถมศึกษา	100	1.2550	.3156	พอใช้
มัธยมศึกษา	52	1.2500	.3259	พอใช้
รวม	232	1.2823	.3207	พอใช้

ตาราง 10 (ต่อ)

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา 80		.9982	.4334	พอใช้
ประถมศึกษา 100		1.0643	.4309	พอใช้
มัธยมศึกษา 52		1.0852	.4053	พอใช้
รวม	232	1.0462	.4259	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
ต่ำกว่าประถมศึกษา 80		1.4917	.6320	ดี
ประถมศึกษา 100		1.4067	.5833	ดี
มัธยมศึกษา 52		1.5000	.5503	ดี
รวม	232	1.4569	.5926	ดี
ด้านศาสนา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา 80		1.3107	.4921	พอใช้
ประถมศึกษา 100		1.3443	.4117	ดี
มัธยมศึกษา 52		1.3654	.4423	ดี
รวม	232	1.3374	.4462	พอใช้

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านศาสนา อยู่ในระดับพอใช้มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีแบบแผนชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตอยู่ใน

ระดับดี ส่วนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ มีแบบแผนชีวิตพอใช้

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ต่ำกว่าประถมศึกษา	80	1.0967	.2805	พอใช้
ประถมศึกษา	100	1.1572	.2455	พอใช้
มัธยมศึกษา	52	1.1619	.2359	พอใช้
รวม	232	1.1314	.2567	พอใช้

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกระดับการศึกษา มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	.8752	.4376	3.9124*	.0213
	ภายในกลุ่ม	229	25.6145	.1119		
	รวม	231	26.4897			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	2	.5634	.2817	1.4913	.2273
	ภายในกลุ่ม	229	43.2560	.1889		
	รวม	231	43.8190			

ตาราง 12 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	.3725	.1863	1.8241	.1627
	ภายในกลุ่ม	229	23.3850	.1021		
	รวม	231	23.7575			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	2	.2959	.1479	.8144	.4442
	ภายในกลุ่ม	229	41.5971	.1816		
	รวม	231	41.8929			
ด้านการประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	.4456	.2228	.6324	.5322
	ภายในกลุ่ม	229	80.6789	.3523		
	รวม	231	81.1245			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	2	.1029	.0512	.2556	.7747
	ภายในกลุ่ม	229	45.8891	.2004		
	รวม	231	45.9916			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีระดับการศึกษาต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิตรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.1321	1.2700	1.2303
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.1321	-	0.1379*	0.0142
ประถมศึกษา	1.2700		-	0.0337
มัธยมศึกษา	1.2363			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา กับระดับประถมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.6667	.5190	ดี
ค้าขาย	30	1.4000	.5898	ดี
เกษตรกรรวม	8	1.1250	.6156	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.6061	.4858	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.2851	.6526	พอใช้
รวม	232	1.4569	.5926	ดี

ตาราง 14 (ต่อ)

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
สังคมและสิ่งแวดล้อม				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.5882	.4347	ดี
ค้าขาย	30	1.3889	.5942	ดี
เกษตรกรรวม	8	1.3250	.3303	ดี
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.4805	.3687	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.4177	.4319	ดี
รวม	232	1.4583	.4355	ดี
ด้านอารมณ์				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.4069	.3048	ดี
ค้าขาย	30	1.1833	.3075	พอใช้
เกษตรกรรวม	8	1.2083	.2921	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.3095	.2906	พอใช้
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.2490	.3476	พอใช้
รวม	232	1.2823	.3207	พอใช้
ด้านสติปัญญา				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.0672	.3625	พอใช้
ค้าขาย	30	.9667	.4289	พอใช้
เกษตรกรรวม	8	1.0714	.3894	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.1039	.4826	พอใช้
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.0103	.3965	พอใช้
รวม	232	1.0462	.4259	พอใช้

ตาราง 14 (ต่อ)

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านการประกอบอาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.1597	.3442	พอใช้
ค้าขาย	30	1.2571	.3011	พอใช้
เกษตรกรรม	8	1.1607	.3189	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.2152	.3698	พอใช้
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.2272	.3249	พอใช้
รวม	232	1.2149	.3386	พอใช้
ด้านศาสนา				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.3950	.4132	ดี
ค้าขาย	30	1.2952	.4876	พอใช้
เกษตรกรรม	8	1.2857	.3582	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.3729	.4198	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.3012	.4785	พอใช้
รวม	232	1.3374	.4462	พอใช้

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี มีแบบแผนชีวิตด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา อยู่ในระดับพอใช้ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีแบบแผนชีวิตทุกด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้น ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ ส่วนอาชีพค้าขายมีแบบแผนชีวิต ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ด้านอื่นๆ มีแบบแผนชีวิตระดับพอใช้ อาชีพเกษตรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพมีแบบแผนชีวิตพอใช้ในทุกด้าน ยกเว้นด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีแบบแผนชีวิตดี อาชีพ รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี มีแบบแผนชีวิตด้านอารมณ์ สติปัญญา และการประกอบอาชีพอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	1.1859	.2553	พอใช้
ค้าขาย	30	1.0873	.2942	พอใช้
เกษตรกรรม	8	1.0300	.2219	พอใช้
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	77	1.1655	.2487	พอใช้
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	1.1200	.2514	พอใช้
รวม	232	1.1374	.2562	พอใช้

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกอาชีพ มีแบบแผนชีวิตระดับพอใช้

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต รายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำแนกตามอาชีพ

แบบแผนชีวิต แหล่งความแปรปรวน		df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	4	6.6362	1.6591	5.0559*	.0006
	ภายในกลุ่ม	227	74.4883	.3281		
รวม		231	81.1245			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	4	.9491	.2373	1.2564	.2881
	ภายในกลุ่ม	227	42.8703	.1889		
รวม		231	43.8197			

ตาราง 16 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	4	1.0143	.2536	2.5308*	.0413
	ภายในกลุ่ม	227	22.7433	.1002		
	รวม	231	23.7575			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	4	.5730	.1433	.7870	.5437
	ภายในกลุ่ม	227	41.3199	.1820		
	รวม	231	41.8929			
ด้านการประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	.1933	.0483	.4172	.7962
	ภายในกลุ่ม	227	26.2964	.1158		
	รวม	231	26.4897			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	4	.3932	.0983	.4893	.7436
	ภายในกลุ่ม	227	45.5984	.2009		
	รวม	231	45.9916			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอาชีพต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม มีแบบแผนชีวิตในด้านร่างกาย และด้านอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิตรายกลุ่ม จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย	เกษตรกรกรรม	รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
$\bar{X}$	1.1859	1.0873	1.0300	1.1655	1.1200	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1.1859	-	0.0906	0.1559	0.0204	.0629*
ค้าขาย	1.0873	-	0.0573	0.0702	0.0327	
เกษตรกรกรรม	1.0300	-	0.1355	0.0900		
รับจ้าง/เอกชน/ ส่วนตัว	1.1655	-	0.0455*			
อื่น ๆ	1.1200	-				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพ รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอาชีพอื่น ๆ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนแบบแผนชีวิตด้านอารมณ์ ไม่พบความแตกต่างเป็นรายกลุ่ม

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
จำแนกตาม รายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.2255	.3128	พอใช้
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.2583	.3632	พอใช้
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.1164	.3363	พอใช้
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.1486	.3630	พอใช้
รวม	232	1.2149	.3386	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.4268	.4339	ดี
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.4429	.4515	ดี
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.4691	.3841	ดี
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.6267	.4388	ดี
รวม	232	1.4583	.4355	ดี
ด้านอารมณ์				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.2555	.3272	พอใช้
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.2557	.2888	พอใช้
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.3580	.3021	ดี
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.3933	.3785	ดี
รวม	232	1.2823	.3207	พอใช้

ตาราง 18 (ต่อ)

รายได้	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.0080	.4153	พอใช้
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	75	1.0744	.4581	พอใช้
8,001-13,000 บาทต่อเดือน	27	1.0635	.4066	พอใช้
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.1086	.4025	พอใช้
รวม	232	1.0462	.4259	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.3863	.6247	ด
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.4612	.5843	ด
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.4938	.5801	ด
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.7067	.4230	ด
รวม	232	1.4569	.5926	ด
ด้านศาสนา				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.3458	.4518	ด
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.2877	.4342	พอใช้
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.3915	.4351	ด
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.3886	.4801	ด
รวม	232	1.3374	.4462	พอใช้

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกกลุ่มรายได้ มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและ
สิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา

และด้านศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ กลุ่มรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญาอยู่ในระดับพอใช้ กลุ่มรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ มีแบบแผนชีวิตพอใช้ กลุ่มรายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป มีแบบแผนชีวิตในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านร่างกาย และสติปัญญา มีแบบแผนชีวิตพอใช้

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง จำแนกตามรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	107	1.1194	.2532	พอใช้
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	73	1.1614	.2734	พอใช้
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	27	1.1348	.2477	พอใช้
13,001 บาทขึ้นไป	25	1.1472	.2394	พอใช้
รวม	232	1.1374	.2567	พอใช้

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกกลุ่มรายได้ มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต แต่ละด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
จำแนกตามรายได้

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	.5219	.1740	1.5274	.2082
	ภายในกลุ่ม	228	25.9678	.1139		
	รวม	231	26.4897			
ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	3	.8353	.2784	1.4780	.2216
	ภายในกลุ่ม	228	42.9841	.1885		
	รวม	231	43.8194			
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	3	.5918	.1973	1.9415	.1237
	ภายในกลุ่ม	228	23.1058	.1016		
	รวม	231	23.7575			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	3	.3193	.1064	.5837	.6263
	ภายในกลุ่ม	228	41.5737	.1823		
	รวม	231	41.8929			
ด้านการ ประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.1312	.7104	2.0504	.1076
	ภายในกลุ่ม	228	78.9933	.3465		
	รวม	231	81.1245			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	3	.3327	.1109	.5537	.6462
	ภายในกลุ่ม	228	45.6589	.2003		
	รวม	231	45.9916			

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกกลุ่มรายได้ มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
คู่	141	1.2077	.3522	พอใช้
โสด	49	1.1837	.3286	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.2648	.2972	พอใช้
รวม	232	1.2127	.3378	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
คู่	141	1.4634	.4231	ดี
โสด	49	1.4354	.4776	ดี
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.4634	.4402	ดี
รวม	232	1.4574	.4363	ดี
ด้านอารมณ์				
คู่	141	1.2896	.3295	พอใช้
โสด	49	1.3095	.2887	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.2114	.3163	พอใช้
รวม	232	1.2799	.3193	พอใช้

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
คู่	141	1.0375	.4274	พอใช้
โสด	49	1.0554	.4401	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.0557	.4139	พอใช้
รวม	232	1.0445	.4260	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
คู่	141	1.5035	.5850	ดี
โสด	49	1.4490	.5251	ดี
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.2927	.6758	ดี
รวม	232	1.4545	.5928	ดี
ด้านศาสนา				
คู่	141	1.3313	.4290	พอใช้
โสด	49	1.3353	.4988	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.3519	.4507	พอใช้
รวม	232	1.3358	.4465	พอใช้

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกสถานภาพสมรส มีแบบแผนชีวิตด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม และด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและด้านศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นสถานภาพสมรส คู่ หม้าย/หย่า/แยก มีแบบแผนชีวิตด้านศาสนา อยู่ในระดับดี

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
คู่	141	1.1376	.2487	พอใช้
โสด	49	1.1155	.2725	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	41	1.1556	.2680	พอใช้
รวม	232	1.1361	.2565	พอใช้

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีทุกสถานภาพสมรส มีแบบแผนชีวิตพอใช้

ตาราง 23 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต รายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	.1561	.0781	.6824	.5064
	ภายในกลุ่ม	228	26.0831	.1144		
	รวม	230	26.2392			
ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	2	.0303	.0151	.0789	.9242
	ภายในกลุ่ม	228	43.7456	.1919		
	รวม	230	43.7759			

ตาราง 23 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	.2487	.1244	1.2221	.2965
	ภายในกลุ่ม	228	23.2039	.1018		
	รวม	230	23.4526			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	2	.0179	.0090	.0490	.9522
	ภายในกลุ่ม	228	41.7282	.1830		
	รวม	230	41.7461			
ด้านการประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.4142	.7071	2.0302	.1337
	ภายในกลุ่ม	228	79.4140	.3483		
	รวม	230	80.8233			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	2	.0135	.0068	.0336	.9670
	ภายในกลุ่ม	228	45.8354	.2010		
	รวม	230	45.8489			

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านร่างกาย				
น้อยกว่า 1 ปี	33	1.1991	.3071	พอใช้
1 ปี - 2 ปี	57	1.2306	.3402	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.2350	.3861	พอใช้
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.2315	.3610	พอใช้
4 ปี ขึ้นไป	82	1.1969	.3296	พอใช้
รวม	232	1.2149	.3386	พอใช้
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
น้อยกว่า 1 ปี	33	1.4343	.4369	ดี
1 ปี - 2 ปี	57	1.3801	.4816	ดี
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.4624	.4689	ดี
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.5747	.4169	ดี
4 ปี ขึ้นไป	82	1.4797	.3923	ดี
รวม	232	1.4583	.4355	ดี
ด้านอารมณ์				
น้อยกว่า 1 ปี	33	1.3232	.3199	พอใช้
1 ปี - 2 ปี	57	1.2865	.3389	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.2796	.2962	พอใช้
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.2011	.3224	พอใช้
4 ปี ขึ้นไป	82	1.2927	.3192	พอใช้
รวม	232	1.2823	.3207	พอใช้

ตาราง 24 (ต่อ)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ด้านสติปัญญา				
น้อยกว่า 1 ปี	33	.9394	.3572	พอใช้
1 ปี - 2 ปี	57	1.0296	.5083	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.9908	.4040	พอใช้
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.0591	.3847	พอใช้
4 ปี ขึ้นไป	82	1.1185	.4064	พอใช้
รวม	232	1.0462	.4259	พอใช้
ด้านการประกอบอาชีพ				
น้อยกว่า 1 ปี	33	1.4747	.6348	ดี
1 ปี - 2 ปี	57	1.3333	.6268	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.4731	.6011	ดี
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.5287	.4757	ดี
4 ปี ขึ้นไป	82	1.5041	.5862	ดี
รวม	232	1.4569	.5926	ดี
ด้านศาสนา				
น้อยกว่า 1 ปี	33	1.2641	.4027	พอใช้
1 ปี - 2 ปี	57	1.2632	.5378	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.3963	.3881	ดี
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.3054	.4089	พอใช้
4 ปี ขึ้นไป	82	1.4077	.4214	ดี
รวม	232	1.3374	.4462	พอใช้

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีแบบแผนชีวิตด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม และด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดีมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและด้านศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1 ปี - 2 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับพอใช้ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยระหว่าง 2 ปี - 3 ปี กับระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 ปี ขึ้นไป มีแบบแผนชีวิตด้านศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ เช่นกัน

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	N	$\bar{X}$	S	ระดับแบบแผนชีวิต
ต่ำกว่า 1 ปี	33	1.1055	.2644	พอใช้
1 ปี - 2 ปี	57	1.1042	.2999	พอใช้
ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี	31	1.1381	.2586	พอใช้
ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี	29	1.1407	.2430	พอใช้
4 ปี ขึ้นไป	82	1.1720	.2249	พอใช้
รวม	232	1.1374	.2561	พอใช้

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกระยะเวลากการเจ็บป่วยมีแบบแผนชีวิตพอใช้

ตาราง 26 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนชีวิต แต่ละด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	4	4.4762	1.1191	3.3142 *	.0116
	ภายในกลุ่ม	227	76.6483	.3371		
	รวม	231	81.1245			
ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	4	.7983	.1996	1.0531	.3806
	ภายในกลุ่ม	227	43.0211	.1895		
	รวม	231	43.8194			
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	4	.2564	.0641	.6191	.6494
	ภายในกลุ่ม	228	23.5012	.1035		
	รวม	231	23.7575			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	4	.9245	.2311	1.2807	.2784
	ภายในกลุ่ม	227	40.9684	.1805		
	รวม	231	41.8929			
ด้านการ ประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.2210	.3053	.8672	.4843
	ภายในกลุ่ม	227	79.9035	.3520		
	รวม	231	81.1245			

ตาราง 26 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	4	1.0337	.2584	1.3049	.2690
	ภายในกลุ่ม	227	44.9578	.1981		
รวม		231	45.9916			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม มีแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ผลปรากฏไม่พบความแตกต่างรายคู่

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มี ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และ ข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปร ด้านเพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 232 ราย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน เวลเนส อินเวนทอรี เซกชั่น (Wellness Inventory Section) ของเฮตเตอร์ (Hettler . 1982 : 226 - 231) และร่วมกับการศึกษาแบบรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยมีคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต และได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยข้อความทางบวก และทางลบ จำนวน 50 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับแบบแผนชีวิต รายด้านโดยการหาคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตรายด้าน ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่า t (t -test)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance) หรือการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F - test) และเมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญการสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ้ (Schaffé Method)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.90 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 43.10 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.50 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.30 ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.10 รองลงมาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.80 รองลงมามีอาชีพ รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.20 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 46.10 รองลงมามีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.50 ที่มีรายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือนมีเพียง ร้อยละ 10.8 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ด้วยกับสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 60.80 รองลงมา ยังเป็นโสดคิดเป็นร้อยละ 21.1 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังนานกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.30 รองลงมา ป่วยนาน 1 ปี - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.60

ด้านแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 71.60 มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 24.10 และพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 4.30 เมื่อวิเคราะห์โดยรวมพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตโดยทั่วไปอยู่ในระดับพอใช้ แต่เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพศชายและเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษา กับระดับประถมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพรับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ก็มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษา แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยขออภิปรายผลในประเด็นสำคัญดังนี้

ตอนที่ 1 แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิต โดยทั่วไปอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ช่อเพชร บุรศิริรักษ์ (2532 : 74) พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร นำความรู้เรื่องวัตถุดิบในอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับพอใช้ การศึกษาของ พนอ ทิพย์พิมลรัตน์

(2534 : บทคัดย่อ) พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่6 สำนักงานประถมศึกษาจังหวัดชุมพรมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ เพ็ญศรี เกตุนาถ (2537 : 115) ที่พบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ อยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากแบบแผนชีวิต เป็นพฤติกรรมที่บุคคลประพฤติปฏิบัติเป็นประจำ ในการดำรงชีวิตประจำวันปกติ พฤติกรรมด้านความรู้ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน แต่ละอย่างมักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระจะเกิดขึ้น รวม ๆ และพึ่งพาอาศัยกัน การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านใดด้านหนึ่ง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตด้วย การที่บุคคลใดจะมีแบบแผนชีวิตที่จะหลีกเลี่ยงความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะต้องทราบว่ามีโรคที่มีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาอย่างไร และการมีแบบแผนชีวิตที่ดีให้ประโยชน์อย่างไร รวมทั้งไม่ควรมียุบสรรคทางด้านอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก เป็นต้น (Rosenstock. 1974 : 354 - 385) อีกทั้งข้อมูลข่าวสาร และการเผยแพร่ความรู้เรื่องไตวายเรื้อรัง ยังไม่เป็นที่แพร่หลายไม่ว่าในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเองญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูงของผู้ป่วย หรือในบุคคลปกติที่ได้ป่วยเป็นโรคนี้ ทำให้โรคไตวายเรื้อรังไม่ได้รับความสนใจ ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง แม้แต่แพทย์เองก็ให้คำตอบแก่พวกเขาในเรื่องนี้ไม่ได้ และจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษาถึงร้อยละ 77.60 ดังนั้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรค รวมถึงการมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเพื่อชะลอความรุนแรงนั้นจึงยังคงปฏิบัติตนตามแบบแผนชีวิตปกติต่อไปทำให้มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอิสระ 7 ตัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2.1 จำแนกตามเพศ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพศชายและเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี ส่วนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิต พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายและเพศหญิง มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายและเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของนิตยา ภิญโญคำ (2531 : 154) สุภาภรณ์ ด้วงแพง

(2531 : 91) สนธยา พิชัยกุล (2533 : 77) ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม และการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง สอดคล้องกับ การศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพศชายและหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 65) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของแอนเดอร์สัน และ นอร์ริส (Anderson and Noris . 1972 : 552) คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 70) และไอเซน และคนอื่น ๆ (Eisen and others. 1985 : 185) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าเพศชาย การศึกษาของโอดเดนเบอร์ก และคนอื่น ๆ (Oldenburg and others. 1988 : 555 - 564) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่อง ไตเทียมเพศหญิง มีคะแนนคุณภาพชีวิตในการควบคุมโรคดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 56) และเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 116) ได้ศึกษาพบว่า เพศชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรีตามลำดับ ถึงแม้ว่า เพศ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางโครงสร้าง สรีรภาพ ของชายและหญิง และกำหนดบทบาทหน้าที่ในสังคม เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ได้รับความเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคมไทย เพศหญิงมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่า แต่แบบแผนชีวิตเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำในการดำรงชีวิตประจำวัน ถ้าร่างกายเกิดการเจ็บป่วย หรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ จะมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทาง ที่จะจัดการความผิดปกติเหล่านั้น โดยปัจจัยส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เพื่อทำให้อาการเจ็บป่วยหาย หรือทุเลาลง มีชีวิตยืนยาวขึ้น ดังนั้นทุกคนจะชวนชวนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอดอยู่ได้ และโดยปกติแล้วข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังมีน้อยมาก ทำให้ผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังเพศชายและหญิงขาดความรู้ที่ถูกต้อง จึงไม่พบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตดังกล่าว

2.2 จำแนกตาม อายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลอดลมอุดตันเรื้อรัง อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน สุริ ชันธรัชวงค์ (2532 : 81 - 85) ศึกษาพบว่า

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในกรุงเทพมหานคร อายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 86) ได้ศึกษาพบว่าผู้มารับบริการที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรม การเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 62) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ เอลโซ และรีฟเวอร์ (Jalso and River. 1965 : 236 - 268) ที่พบว่า อายุของประชาชนในรัฐนิวยอร์ก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านโภชนาการ การศึกษาของวาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 57) ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 160) และเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) ที่พบว่า อายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ใน ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารัตน์ และประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรีตามลำดับ จากที่กล่าวมาอายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงปริมาณ และวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลต้องการและมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ เนื่องจากปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต และความเชื่อของบุคคลเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก แม้ว่าอายุจะเปลี่ยนไป นอกจากจะมีแรงจูงใจ หรือเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็น จึงยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เข้ามา ดังที่ โรเซนสต็อก (Rosenstock . 1974) กล่าวไว้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ หรือแบบแผนชีวิต คือ การที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อด้านสุขภาพได้ ต้องมีแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อเมื่อปฏิบัติแล้ว ทำให้มีสุขภาพที่ดีกว่าเดิมอีกประการหนึ่ง แม้ว่าการรับรู้เรื่องทั่วไป สามารถเพิ่มขึ้นได้ตามวัย แต่การจะเกิดการรับรู้ที่ดีหรือถูกต้องยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล หรือปัจจัยภายนอก เช่น อารมณ์ ความพร้อม ความสนใจ ความตั้งใจ ค่านิยม วัฒนธรรมที่จะทำใ้บุคคล มีความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับอายุ (ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. 2536 : 84) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.80 ผู้ป่วยจึงมีคู่สมรสอยู่คอยช่วยเหลือดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (ช่วงอายุ 40 - 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.20) ซึ่งเป็นวัยที่ถูกหลานจะคอยช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดการและความคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดไตวายเรื้อรังรุนแรงขึ้น และคอยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ดังนั้น แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้จึงไม่แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสุรี ขันธรักษวงศ์ (2532 : 85) ที่ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับ การศึกษาของ ถนนวรรณ อยู่จำ (2536 : 130) ที่ พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาส่วนกลาง ที่มีระดับการศึกษา ต่างกันมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของมูห์เลนแคมป์ และ โบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman .1988 : 637 - 646) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ คอคเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่าผู้มีระดับ การศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้มีการศึกษาต่ำ ทิพวัลย์ ขาวลำอาจค์ (2535 : 161) และ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) พบว่า การศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ และประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรีตามลำดับ จากการศึกษา ผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังส่วนใหญ่ จบชั้นมัธยมศึกษาเพียง ร้อยละ 22.40 นอกจากนั้นจบชั้นประถมศึกษาและไม่ได้รับ การศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.60 ประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องพยายามช่วยตนเองให้สามารถดำรง ชีวิตได้โดยแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพอนามัยที่มี การปฏิบัติเกี่ยวข้อง กับชีวิตประจำวัน การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความรุนแรงของโรค เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การดูแลตนเอง การควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น ซึ่งจะได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และนำความรู้นั้นไปปฏิบัติให้เกิด ประโยชน์แก่ตนเอง และครอบครัวของแต่ละคนไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา กับ ระดับประถมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พัทธการวากร (2536 : 93) พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน การศึกษาของ อัสรา อารณ์ (2540 : 97) และ วาสนา ถือนวงษ์ (2540 : 135) พบว่า การศึกษา ต่างกัน การดูแลตนเองแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ และ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จากที่กล่าวแล้วว่าแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ประกอบด้วย การ ออกกำลังกาย โภชนาการ การดูแลตนเอง และการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วย ที่มีการศึกษาต้องใฝ่รู้ในเรื่องที่ไม่ มีความรู้ และทำความเข้าใจ เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของตนเอง ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจึงน่า จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย ดังนั้นระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมมี ผลต่อแบบแผนชีวิตด้านร่างกายได้

2.4 จำแนกตาม อาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมืองนนทบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน และ สุณี เวชประสิทธิ์ (2540 : 88) พบว่า อาชีพ ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ในสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 163) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน การศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 136) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจาก อาชีพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้มาสู่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.80 และจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ความคิดความอ่านซึมเซา ทำให้เสื่อมความไว้วางใจจากผู้ร่วมงาน ต้องเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานหรือทำงานที่รับผิดชอบน้อยลง ดังนั้นแม้ว่าอาชีพบางอาชีพจะมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลมีแบบแผนชีวิตดีขึ้น แต่ถ้าบุคคลเหล่านั้นขาดความกระตือรือร้น สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องที่จะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง อาชีพของบุคคลก็ไม่มีผลต่อแบบแผนชีวิต

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาชีพรับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว กับผู้ป่วยอาชีพที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ก็มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 96) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา แตกต่างจาก ผู้ป่วยกลุ่มอาชีพอื่น และ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 156) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจาก อาชีพบางอาชีพมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า เช่น อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งบุคคลที่ประกอบอาชีพนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาดี มีสถานที่ทำงานแน่นอน และอยู่รวมกันเมื่อมีประกาศหรือการรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มักจะมีหนังสือ หรือติดป้ายประกาศให้ทราบอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้ เพิ่มพูนปัญญา เช่นเดียวกับอาชีพ รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว มีลักษณะการทำงานแบบพึ่งตัวเองโดยอิสระต้องเดินทางไป-มา บ่อย ๆ โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานบ้านและมีการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำกว่า

2.5 จำแนกตาม รายได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 107) ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 77) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ของ ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ตามลำดับ การศึกษาของ สิริอร พัวศิริ (2533 : 67) และจิรประภา ภาวิไล (2534 : 67) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คอคเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่มียาได้น้อย ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 104) และ เพ็ญศรี เกศนาค (2537 : 120) ได้ศึกษาพบว่ารายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันในผู้สูงอายุ และประชาชนเขตเมือง จังหวัด นนทบุรี และสอดคล้องกับ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) ที่ศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือนซึ่งได้รับจากบุตรหลาน หรือที่อื่น ๆ และไม่พบกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังแล้ว สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ ความรู้ในการดูแลตนเอง การควบคุมอาหาร การรับประทานยา เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ คำแนะนำ มีความสนใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง มีความตั้งใจที่จะมีแบบแผนชีวิตที่ดีไม่ว่าเพื่อตนเอง หรือเพื่อคนที่ตนรัก ก็จะ สามารถดูแลตนเองเพื่ออยู่ต่อไป หรือเพื่อหายจากโรค ปฏิบัติหน้าที่ดูแลคนในครอบครัวได้ ซึ่งในส่วนนี้ ไม่จำเป็นต้องใช้รายจ่ายมากขึ้นอีกทั้งบริการการดูแลรักษา ในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เช่น สมาคมโรคไต มูลนิธิโรคไต เป็นต้นรวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้จึงไม่มีผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

2.6 จำแนกตาม สถานภาพสมรส

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การ

ศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ที่พบว่า ประชาชนเขตเมืองนนทบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่าง กันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกัน ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บราวน์ (Brown. 1985 : 121) ที่พบว่าคนที่แต่งงานแล้วมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด การศึกษาของสุภาภรณ์ คิ้วแพง (2530 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มสมรสซึ่งสอดคล้องกับ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 64) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สถานภาพสมรสคู่ จะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก คารากร แซ่ไคว้ (2535 : 60) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือ ไม่มีกลุ่มสมรส มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีสถานภาพสมรสคู่ อธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย/หย่า/แยก ก็ไม่มีผลต่อแบบแผนชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มที่เป็นโสด หม้าย/หย่า/แยก มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส ทำให้ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีอยู่ลดน้อยลงส่งเสริมให้มีแบบแผนชีวิตที่ดี และถึงแม้กลุ่มที่เป็นโสด หม้าย/หย่า/แยก แต่ผู้ป่วยยังคงทำงานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้สมรส และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะอยู่กับครอบครัว บุคคลเหล่านี้ไม่ได้อยู่ตามลำพัง เพราะสังคมไทย ซึ่งมีลักษณะการอยู่อาศัยเป็นแบบเครือญาติไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 90) ถึงแม้ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ก็เป็นการอยู่ใกล้ชิดกัน มีการไปมาหาสู่กันตลอดเวลา มีความผูกพันกับเพื่อนบ้านและญาติพี่น้อง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมีอาจกล่าวได้ว่า สถานภาพสมรสต่างกัน แบบแผนชีวิตจะแตกต่างกันและเมื่อบุคคลเป็นโรคไตวายเรื้อรัง บุคคลจะต้องเรียนรู้กับบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามาในชีวิตของตนเอง เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรค เขาจะพยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ที่จะสามารถให้การดูแลรักษาตนเองได้ จากนั้นจะพยายามเรียนรู้และสนใจ พยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของตนเอง เมื่อเข้ารับการรักษาแล้ว บุคคลต้องการให้ตนเองมีชีวิตที่ยืนยาว จึงต้องให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งระมัดระวังป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลต้องยอมรับสภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป พยายามเรียนรู้ และปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษา ซึ่งตนเองเท่านั้นที่จะช่วยเหลือตนเองได้ แรงสนับสนุนของกลุ่มสมรสหรือครอบครัว อาจเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองแต่ในทางตรงกันข้าม บางครั้งครอบครัว หรือกลุ่มสมรสอาจขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าไร้คุณค่า อันเนื่องมาจากความรัก ความวิตกกังวล และรู้เท่าไม่ถึงการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 42 - 43)

2.7 จำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ อิมวิไล (2531 : บทคัดย่อ) พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคและระยะเวลาในการรักษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด ไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ สนธยา พิชัยกุล (2533 : บทคัดย่อ) และดารากร แซ่โล้ว (2535 : 31) ได้ศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียของเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์น และไฟร์แมน (Shern and Fireman. 1985 : 775) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคที่นานขึ้นมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสภาพได้ดีขึ้น สามารถปรับตัวยอมรับความพิการได้ และการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช (2532 : ข) พบว่าระยะเวลาที่สูญเสียขา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอาจเนื่องจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังนาน 4 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะเวลานาน พอที่ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง ตลอดจนยอมรับและปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ รวมทั้งได้รับรู้ก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษาแล้วว่า โรคที่เป็นอยู่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย วิธีการรักษาต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อช่วยยืดชีวิต ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถจะดำเนินชีวิต และประกอบอาชีพการงานต่อไปได้อีกทั้งผู้ป่วยทุกระยะเวลาการเจ็บป่วยจำเป็นต้องมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุม พยาธิสภาพของโรคอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการมีแบบแผนชีวิตที่ดีให้เกิดขึ้นไม่ว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะนานเท่าใดก็ตาม ทั้งนี้เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้

เมื่อศึกษารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณวิสส์ (2531 : บทคัดย่อ) ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคมียุทธต่อการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อตนเอง เกิดแรงสูงใจและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยดีทั้งสามารถควบคุมพยาธิสภาพของโรคได้ แตกต่างกัน จึงทำให้แบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ ในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญา ดังนั้นผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดโปรแกรมสุขภาพ หรือ ผู้ให้สุขภาพ ควรให้ความสนใจ และปรับปรุง โดยนำปัญหาแบบแผนชีวิตรายด้านที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตดีขึ้น

2. จากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนใหญ่ อายุ 40 - 59 ปี ได้รับการศึกษาชั้นต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน โอกาสที่จะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่น้อย จึงควรให้มีการณรงค์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง เพื่อให้ความรู้เป็นที่แพร่หลายไม่ว่าในกลุ่มผู้ป่วยเองญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูงของผู้ป่วย หรือในบุคคลปกติที่มีได้เป็นโรคนี้

3. จากการวิจัยไม่พบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพราะโดยปกติแล้วความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพจะลดลง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงควรให้สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุคคลแวดล้อม รวมทั้งเพื่อนร่วมงานมีส่วนให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้ และควรชี้แนะและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือสามารถให้คำแนะนำกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อสังคม ลูก และครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยตัวแปรที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างของแบบแผนชีวิต จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตรายด้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ที่มีผลต่อแบบแผนชีวิต เช่น บทบาททางสังคม อัตมโนทัศน์ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาแบบแผนชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั่วประเทศ

3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องจากงานวิจัยนี้ โดยศึกษาแบบแผนชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตั้งแต่เริ่มเป็นไตวายเรื้อรัง ได้รับการล้างไตและหลังการล้างไต เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตและนำแหล่งประโยชน์มาใช้ในการกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ชื่นบาน. “ออกกำลังกายป้องกันโรคหัวใจ,” คลินิก. 4 : 427-428; มิถุนายน 2531.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เจษฎา ณ ระนอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2534. อัดสำเนา.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ชาญ โพนกุล. โรคไต. กรุงเทพฯ : แทนทองการพิมพ์, 2527.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และปกเจริญผล, 2537.
- ช่อเพชร นุศิริรักษ์. ความรู้เรื่องวัตถุดิบในอาหารและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- ครุณี จันทร์เลิศฤทธิ์ และคนอื่นๆ. “ปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง,” วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย. 3 : 23 ; กันยายน 2532.
- ครุณี ชูณหะวัต. “การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ,” ในการประชุมวิชาการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องการดูแลตนเอง:ทฤษฎีการปฏิบัติและการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- คารากร แซ่ไคว้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ถนอมวรรณ อยู่จำ. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

ทศัญญา หอมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารัตนบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

ทิพย์ภา บุรี. ความรู้และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสมานคุณ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นัยนา พิพัฒน์นวิธชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.

นายกรัฐมนตรีนัน, สำนัก. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวพ.ศ. 2535-2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.

นิรนาท วิชาโชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

นิตยา ภิญโญคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.

นงนุช บุญยัง. ภาระในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

- นวลขนิษฐ ลิมปณวัธ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- บุญบา เรื่องสียานนท์. “ไต่ทดแทนได้อย่างไร,” ข่าวสารการพยาบาล วชิรพยาบาล. 8 (3) : 40 - 46 ; กันยายน - ธันวาคม 2533.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ปิ่นทิพย์ บุญยชาติ. ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- ประคอง อินทรสมบัติ. “ การดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและทำ CAPD,” ใน การประชุม วิชาการสองทศวรรษรามาชิตี. หน้า 63-64. บรรณาธิการ โดย สมพร ศิรินาวิน. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย จำกัด, 2534.
- ประคอง กรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร. ศรีสวิง, 2525.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระพัฒน์, 2532.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประสิทธิ์ พุตระกูล. ตำราโรคไตคลินิก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2536.
- _____. โรคไตในวิชาภูมิคุ้มกันวิทยา. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคไต, 2525.
- พัทธา จิตสุวรรณ. ผลการฝึกอาานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- พนอ ทิพย์พิมลรัตน์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการศึกษาจังหวัดชุมพร. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

- พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ:โครงการตำราศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พรรณิพา แก้วมัลย์. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่เป็นกลับซ้ำ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- พรรณนุปลา ชูวิเชียร. “ปัญหาของผู้ป่วย CAPD,” จุลสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 1: 238; มกราคม 2530.
- พิมล เพราพิศกริมย์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย โรคเรื้อน ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวนบพ:กรณีศึกษามุ่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. นครปฐม:ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พิสมัย พัทธขาวารกร. พฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล, 2531.
- มยุณา ช่างกัญญ. ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติของนักศึกษา ในวิทยาลัยพลศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บทางกีฬา. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มดีโก. “แนวคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง,” ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ยุทธนา สุขสมบัติ. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สายเจริญพาณิชย์, 2524.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพความรู้เกี่ยวกับโรคตับ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย โรคตับอักเสบ จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. ปริญญานิพนธ์ กศ. ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

- เขาวลัทธิ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- วรียาพยาบาล. รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลวรียาพยาบาล. กรุงเทพฯ: หน่วยเวชระเบียนวรียาพยาบาล, 2539.
- วัน ดุสิตา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- วันดี วิทวัสพันธ์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วรรณวิมล เบญจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พช.ม. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532. อัดสำเนา.
- วาสนา เกื้อนวนษ์. พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ วท. ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้าง และวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนอักษร, 2538.
- วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ . พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วิภาวี เวชรังษี การสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช . ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วิศิษฐ์ สิตปรีชา. “ ปัญหาเกี่ยวกับโรคไตในประเทศไทย,” จุลสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 1: 1; มกราคม 2524.

- ศรัณญา เบญจกุล. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับ การปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อุดมศึกษา.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคนอื่น ๆ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเทียม : การศึกษาเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,2540. อุดมศึกษา.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อม ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท. ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดมศึกษา.
- ศรีสมัย วิบูลย์ยานนท์ และสุพัฒน์ วานิชย์การ. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ:มูลนิธิโรค ไตแห่งประเทศไทย, 2536.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อุดมศึกษา.
- สง่า นิลวรางกูร. “ภาวะไตวายเรื้อรัง,” ใน น้ำและอิเล็กโทรลัยต์. หน้า 157. กรุงเทพฯ : กรุงเทพ เวชสาร, 2526.
- สาตี พิกุลทอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ดากสิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,2539. อุดมศึกษา.
- สนธยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ ท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการกำจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,2533. อุดมศึกษา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม,” โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง,”ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ:หจก. อรุณการพิมพ์,2527.
- สมใจ ยัมวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อุดมศึกษา.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา”ความรู้เรื่องโรคไตในปัจจุบันและอนาคต,”วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 1(1) : 3-7;มกราคม-เมษายน 2538.
- สมทรง รักย์เผ่า “การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน,” ข่าวการดูแล สุขภาพตนเอง. 11 สิงหาคม 2534.

- สมศรี ศักดิ์สว่างวงศ์. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรตามกรอบแนวคิด การปรับตัวของรอย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.อัดสำเนา.
- เสน่ห์ พบพาน. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมอำเภอนครหลวง ศึกษากรณีกิจการอุตสาหกรรมในเขตเกษตรกรรม. วิทยานิพนธ์ สส.ม.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สาธิตสุข, กระทรวง. รายงานประจำปี 2534. กรุงเทพฯ: กองแผนงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2534
- _____. รายงานการวิจัยและสำรวจข้อมูลเรื่องสภาวะการใช้ยาของประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2524.
- _____. สถิติสาธารณสุข พศ. 2533. กรุงเทพฯ:สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- _____. สถิติสาธารณสุข พศ. 2537. กรุงเทพฯ:สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- สุขุม ศรีบุรินทร์. สังคมวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ:คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2525.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน และเรื้อรัง การวางแผน การพยาบาล. กรุงเทพฯ: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์, 2536.
- _____. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วย เครื่องไตเทียมตลอดชีวิต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.อัดสำเนา.
- สุชาติ อินทรประสิทธิ์. “ภาวะไตวายเรื้อรัง,” ใน โรคไต บรรณาธิการโดย ชาญ โพชนุกูล. หน้า 107 -131. กรุงเทพฯ: แห่งทองการพิมพ์, 2527.
- สุชาติ โสมประยูร. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2539.
- สุณี เวชประสิทธิ์. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

- สุพัฒน์ วาณิชการ. “คน: ๒ - ๒ - ๓” วารสารมูลนิธิโรคไต. 3, 6 : 27 ; กรกฎาคม 2532.
- สุภาภรณ์ คิ้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุภาภรณ์ ธาตุเพชร. ความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพเด็กทารกของมารดาที่พาเด็กป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อัดสำเนา.
- สุมาลี นิมนานนิตย์ และคนอื่น ๆ. มารู้จักโรคไตวายเรื้อรังกันเถอะ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2533.
- สุวิชา จันทร์สุริยกุล. ประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- สุรี ชันธรัชวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- โสพรรณ โพทะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อัสรา อารณ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- อุบล ตูลยาภรณ์. ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

อวยพร สุทธิสนธิ์. การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมตนเองระหว่าง
พยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,
2528. อัดสำเนา.

Anderson, S.V. and E.E.Bauwens. Chronic Heath Problems. St.Louis: The C.V.
Mosby Company,1981.

Bandura, B. "Life Style and Health : Some Remarks on Different Viewpoint," Social
Science Medicine.19 : 341-347; September, 1984 .

Becker, M.H. and L. A. Maiman. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with
Health and Medical Care Recommendations," Medical Care. 8 : 10-20;
January, 1975.

Brown, J.P.and M. Mc Greedy. "The Hale Elderly:Health Behavior and It's
Correlates," Research in Nursing and Health. 9:317-329;December, 1986.

Brownson, R.C, J.C. Chang. and J.R.Davis"Occupation Smoking and Alcohol in
Epidemiology of Bladder Cancer," American Journal of Public Health. 77 :
1298- 1300; October, 1987.

Bruhn, J.G " Life Style and Health Behavior,"Health Behavior Emerging Research
Perspectives. New York: A Division of Plenum Publishing Corporation,1988.

Burney, P. "A Dier Rich in Sodium may Potentiate Asthma : Epidemiologic Evidence
for a New Hypothesis," Chest. 91 (6) : 1435-1485 ; June ,1987.

Burt, J.J. and B.F. Miller. Personal Health Behavior in Today 's Society. Philadelphia
: W.B. Saunders Company, 1972.

Caldwell,J.R. and others. "The Dropout Problem in Antihypertensive Treatment :A
Pilot Study of Social and Emotional Factors Influencing a Patient 's
Ability to Follow Antihypertensive Treatment," Journal of chronic
Disease. 22:579-592; March, 1970.

- Cockerham, W.C. Medical Sociology 2nd ed. New Jersey: Engle Wood Cliffs: prentice-Hall Inc., 1982.
- Comty, M. and A.J. Collins. "Dialytic Therapy in the Management Chronic Renal Failure," MedicalClinic of North America. 2 : 399-421; March , 1984.
- Dean, K.G. and others. "Self Care of Common Illnesses," Denmark Medical Care 21. 1012-1032; September - October, 1983.
- Edin, G. and E. Golanty. Health and Wellness. Boston : Massachusetts : Science Books International, 1982.
- Eisen, M., G.Z. Zellmen and A.L. Mc Alister. "A Health Belief Model Approach to Adolescent Fertilities Control: Same Pilot Proqram Finding," Heath Education quarterly. 12:185-210;Summer,1985.
- Faber, M.M. and A.M. Reinhardt. Promoting Health Through Risk Reduction. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1982
- Fry, J. Self Care : Its place in the Total Health Care System. London : 1973.
- Geiser, M.T. and others. "Psychological Reactions to Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patient," The International Journal of Psychiatry in Medicare 13:299 - 307 ; April, 1984.
- Gaurash, N. and others. "Help-Seeking : A Review of the Literature," American Journal of Community Psychology. 413-423 ; March, 1987.
- Hettler , B. "Wellness Promotion and Risk Reduction on a University campus," in Promotion Health Through Reduction edited by Faber, M.M.and Reinhardt A.M. P. 207-238, Newyork :Macmillan Publishing Co., Inc., 1982.
- Hjerman and others. "Effect of Diet and Smoking Intervention on the Incidence of Coronary Heart Desease," The Lanset. 12:1303-1310; December , 1981.

- Jalso , Shirley B., Murjane M. Burns and Terry M. Rivers. " Nutrition Beliefs and Practices," Journal of the American Diabetic Association. 47 : 263-268; November ,1965.
- Jalowice, A and M.J. Power. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patient," Nursing Research. 30:10-15; January - February, 1981.
- Jenrich, J.A. "Some Aspects of the Nursing Care for Patients on Hemodialysis," Heart and Lung. 4:888 ; November - December, 1975.
- Kagan, L.W. Renal Disease : A Manual of Patient Care. New York : Mc. Graw Hill Book Company,1979.
- Kasl , S. and S. Cobb. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior," Arch Environ health. 246-266 ; December, 1966 .
- Klatsky, A.L., G.D. Friedman and A.M. Armstrong. "The Relationships between Alcoholic Beverage Use and Other Trials to Blood Pressure : A New Kaiser Permanents Study," Circulation. 73 : 628-638 ; April, 1986.
- Kulbox,P.P., F.J. Earls and A.C. Montgomery. "Life Style and Pattern of Health and Social Behavior in High-risk Adolescents. ANS. 22-35; October, 1988.
- Kutner, N.G.and D.D. Cardenas. "Rehabilitation Status of Chronic Renal Disease Patients Undergoing Dialysis : Ariations by Age Category," Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 62 : 626-631 ; February, 1981.
- Levey, M.R. "Frequency of Depressive Disorder in Patients Entering Home Hemodialysis," The Journal of Nervous and Mental Disease. 10 : 199 ; April, 1979.
- Levin, L.S. Self-Care American Journal of Nursing. 79:487-489; March, 1976.
- Lewis ,S.M. "Pathophysiology of Chronic Renal Failure,"Nuring Clinical of North America. 16 (3) : 501 ; September, 1981.

- Lim,V.S.and V.S. Fang. "Gonadal Dysfunction in Uremia Men," American Journal of Medicine. 58 : 655; September, 1975.
- Lowerstein,V. and J.M. Rinehart. "Psychological Factors related to Health Maintenance Behaviors of Pregnant Woman," In Reading for Nursing research. ed by Krampitz, S.D St. Louis : C.V. Mosby, 1981.
- Lubben, J.M, P.Q. Weiler and Chi. " Gender and Ethnic Differences in the Health Practices of the Elderly Poor, " Journal of Health and Social Behavior. 14: 725-733; March, 1989.
- Muhlenkamp, A.F. and N.A. Broerman. "Health Beliefs. Health Value, and Positive Health Behaviors,"Western Journal of Nursing Research. 10 : 637-646;1988.
- Neser, W.B. and others. "Obesity and Hypertension in a Longitudinal Student of Black Physicians : The Mecharry Cohort Study," Journal of Chronic Disease. 39 : 105-113; March,1986.
- Nissinen, A. and others. " Health Behavior of an Elderly Population in Eastern Finland in 1982," Journal of Gerontology. 20 : 129-135; May-June, 1987.
- O' Brien, E.and K. O' Malley. High Blood Pressure : What It Means for You and How to Control It. Singapore : PG. Publishing Pte, Ltd., 1982.
- Oldenburg, B. and others. "Prediction. of Quality of Life in a Cohort of End State Renal Desease Patients," Journal of Epidemiology . 41 : 555-584 ;June, 1988.
- O'Nerill, M. "Guidelines for Teaching Home Dialysis," Nursing Clinic of North America. 646;December, 1971.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice, 2nd ed Newyork : MC Grew-Hill Book Company, 1985.
- . Nursing Concepts of Practice. St. Louise : Mosby Year Book, 1991.

- Palmore, E.B. and C. Luikart. "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction," Journal of Health and Social Behavior. 13:68; March, 1972.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton Century-Crofts, 1982.
- Phipps, W.J., B.C. Long and N.F. Wood. Medical- Surgical Nursing. 2nd ed. Saint Louis: C.V. Mosby, 1983.
- Porter, K. and others. "Factor Associated with Lack of Awareness of HIV Infection before Diagnosis of AIDS," British Medical Journal. 307 : 20-23; July, 1993.
- Rosen, M., L. Nystrom and S. Wall. "Diet and Cancer Mortality in the Countries of Sweden," American Journal of Epidemiology. 127 : 42-49; January, 1988.
- Rosenstock, I. M. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," Health Education Monographs. 2: 354-385; Winter, 1974.
- Ruths, S. Rehabilitative aspects of Acute and Chronic Nursing Care. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1973.
- Salonen, J.T. and others. "Leisure Time and Occupational Physical Activity : Risk of Death from Ischemic Heart Disease," American Journal of Epidemiology. 127 : 87-94; January, 1988.
- Singer, J.E. "The Need to Measure Life Style," International Review of Applied Psychology. 31 : 303-315; July, 1982.
- Shultz, C.M.S. "Life Style Assessment : A Tool for Practice," Nursing Clinics of North America. 19:271-281 ; June, 1984.
- Thomson, N.M. and others. "Long Term Clinical Experience in Australia," in Peritoneal dialysis. edited by Atkins, R.C. and others. p.128. New York: Churchill Livingstone, 1981.

Tyndall, M.G. "Chronic Renal Failure, : Past and Future Trends," Nursing Clinic of North America. 16 (3) :489-499; September, 1981.

Ubakata and others. "Cancer Patterns among Koreans in Japan. Koreans in Korea and Japanese in Japan in Relation to Life Style Factors," Japanese Journal CancerResearch: 78 : 437-446 ; May, 1987.

Walker and others. "The Health-Promoting Life Style Profile : Development and Psychometrix Characteristics," Nursing Research. 36 : 76- 81; March-April, 1987.

Webster, J. A. "The Wellness Model Feeling Good about You," AORN Journal. 41 : 713-718; April, 1985.

WHO. "Primary Prevention of Essential Hypertension," Technical Report. Series 686 ; Genneva, 1987.

Wiley. J.A. and T.C. Camacho. " Life Style and Future Health : Evidence from the Alameda County Study," Preventive Medicine. 9: 1-21 ; January, 1980.

Willits, F.K. and D.M. Crider. " Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years," Journal of Gerontology 43:172-1761; September, 1988.

Yuwarat Porapakkham and Pramote Prasartkul. "Cause of Death : Trends and Differentials in Thailand,"Developments in the Analysis of Mortality and Cause of Death. Faculty of Public Health. Institute for Population & Social Research. p 207-238. Bangkok : Mahidol University, 1986.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1007 / 4961

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัจฉรา จังพานิช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

อ.ประยูร	สะสม	ประธานกรรมการ
อ.ร.ท.ไพฑูริย์	อ่อนมั่ง	กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งขอ
ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือน
ธันวาคม 2540 - มกราคม 2541 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 4961

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ ๑ 10110

1 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัจฉรา จังพานิช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
 เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

อ.ประยูร สะสม ประธานกรรมการ

อ.ร.ท.ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอกความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต ตอบแบบสอบถาม ใน
 เดือน พฤศจิกายน 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการหาคุณภาพเครื่องมือการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
 ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 4961

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ ๑ 10110

1 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัจฉรา จันทนิช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
สุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

อ.ประยูร

สะสม

ประธานกรรมการ

อ.ร.ท.ไพฑูรย์

อ่อนน้อม

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญท่าน และ ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007 / 4961

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ ๑ 10110

1 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัจฉรา จังพานิช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

อ.ประยูร

สะสม

ประธานกรรมการ

อ.ร.ท.ไพฑูริย์

อ่อนนั้ง

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ พญ. ภัทรา คุระทอง และ พญ. ธนันดา ตระการวณิช
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007 / 4961

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1 ตุลาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัจฉรา จังพานิช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ที่มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
 เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

อ.ประยูร	สะสม	ประธานกรรมการ
อ.ร.ท.ไพบูลย์	อ่อนมั่ง	กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ อ. สำหรี แดงทองดี และ อ. พิสมัย พิทักษวารากร เป็น
 ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณใน
 ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ | <p>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8</p> <p>ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา</p> <p>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร</p> |
| 2. แพทย์หญิง ภัทรา คูระทอง | <p>นายแพทย์ 9 ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม</p> <p>โรงพยาบาลวชิรพยาบาล</p> |
| 3. แพทย์หญิง ธนันดา ตระการวิช | <p>นายแพทย์ 7 ผู้ชำนาญการด้านอายุรกรรม</p> <p>โรงพยาบาลวชิรพยาบาล</p> |
| 4. อาจารย์ สำหรี แดงทองดี | <p>อาจารย์ 2 ระดับ 7</p> <p>หัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน</p> <p>วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์</p> |
| 5. อาจารย์ พิสมัย พิทักษาวรากร | <p>อาจารย์ 2 ระดับ 7</p> <p>ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์</p> <p>วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์</p> |

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถาม

เลขที่.....

HN.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูล ในเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ในด้านส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต และการป้องกันโรคให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

อัจฉรา จังพานิช

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง จงเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ

() ต่ำกว่า 20 ปี

() 20 - 39 ปี

() 40 - 59 ปี

() 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

4. อาชีพ

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับจ้าง เอกชน /ส่วนตัว

() อื่น ๆ ระบุ

5. รายได้/เดือน

() ต่ำกว่า 3,000 บาท

() 3,000 - 8,000 บาท

() 8,001 - 13,000 บาท

() 13,001 บาทขึ้นไป

6. สถานภาพสมรส

() คู่

() โสด

() หม้าย / หย่า / แยก

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

- () น้อยกว่า 1 ปี
 () 1 ปี - 2 ปี
 () ระหว่าง 2 ปี - 3 ปี
 () ระหว่าง 3 ปี - 4 ปี
 () 4 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจกรรมประจำวัน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติ

ตัวอย่างการตอบ

กิจกรรม	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
0 : ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม	✓		

จากตัวอย่าง แสดงว่า ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม เป็นกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรม	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านออกกำลังกายในแต่ละครั้งนาน 10-20 นาที			
2. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง			
3. การออกกำลังกาย ทำให้ท่านรู้สึกสดชื่นและปลอดโปร่ง			
4. ท่านปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย ภายหลังการออกกำลังกาย			
5. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย			
6. ท่านจำกัดอาหารโปรตีนโดยรับประทาน ไข่ขาว/เนื้อปลา			
7. ท่านรับประทาน อาหารหมักดอง			
8. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม			
9. ท่านรับประทานอาหารประเภท เครื่องในสัตว์			
10. ท่านจำกัดน้ำดื่มเมื่อมีอาการบวม			
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ โคล่า			
12. ท่านชั่งน้ำหนัก/บันทึกเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลง			
13. ท่านวัดความดันเลือด /บันทึกเปรียบเทียบความ เปลี่ยนแปลง			
14. เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง สับสน ท่านมาพบ แพทย์			
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น บวม หอบ เหนื่อย ไม่มีปัสสาวะ			
16. ท่านบันทึกจำนวนน้ำดื่มในแต่ละวัน			
17. ท่านบันทึกจำนวนน้ำปัสสาวะในแต่ละวัน			
18. ท่านมาพบแพทย์เมื่อไม่มีปัสสาวะ			
19. ท่านรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนใกล้ชิด			
20. ท่านเข้าร่วมงานต่าง ๆ ในชุมชน เช่น แต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่			
21. ท่านสามารถช่วยเหลืองานในครอบครัวได้			
22. ท่านรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว			

กิจกรรม	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
23. ท่านทำให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับ ซึ่งกัน และกัน			
24. ท่านเลือกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อากาศไม่เป็นพิษ เป็นภัย ต่อสุขภาพ			
25. ท่านรู้สึกมีคุณค่า			
26. ท่านเชื่อมั่นว่าตนเองยังมีสุขภาพดีพอสำหรับการ ดำเนินชีวิต			
27. ท่านมีความหวังและความเชื่อมั่นในการรักษา.....			
28. ท่านวิตกกังวลถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว			
29. ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา.....			
30. ท่านสามารถผ่อนคลายทางกายโดยไม่ใช้ยาใดๆ.....			
31. ท่านอ่านนิตยสาร หรือ วารสาร เกี่ยวกับสุขภาพ			
32. ท่านเลือกดูรายการโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ สุขภาพ.....			
33. ท่านแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แนวคิด และความรู้ใหม่ๆ กับผู้ป่วยโรคไตวายคนอื่นๆ.....			
34. ท่านฟังข่าวจากวิทยุและ/หรือโทรทัศน์.....			
35. ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง.....			
36. ท่านให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังคนอื่น.....			
37. ท่านให้ความสนใจสนทนากับผู้อื่น.....			
38. ในขณะที่เจ็บป่วยท่านทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ.....			
39. ท่านปฏิบัติตามข้อแนะนำเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย ในการทำงาน.....			
40. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆที่ ท่านสามารถทำได้.....			
41. ท่านเชื่อมั่นว่าท่านมีความสามารถเพียงพอกับงานที่ทำ.....			

กิจกรรม	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
42. ท่านต้องละทิ้งงานเนื่องจากเข้ารับการรักษาโรคนี้.....			
43. ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน.....			
44. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อศาสนาที่ท่านนับถือ.....			
45. ท่านสวดมนต์ อธิษฐานหรือมีเวลาเงียบๆ เพื่อ สำรวมตนเอง.....			
46. ท่านใช้สมาธิช่วยผ่อนคลายทางร่างกาย จิตใจ.....			
47. ท่านพิจารณาไตร่ตรองถึงจุดมุ่งหมายในชีวิตของท่าน.....			
48. คำสอนทางศาสนาช่วยให้ท่านสามารถเผชิญสิ่งที่ท้าทาย ในชีวิตประจำวัน.....			
49. ท่านแสวงหาความรู้ทางศาสนา.....			
50. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของศาสนาต่อชีวิตของท่าน.....			

ภาคผนวก ก

คำอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.3375
2	.2288
3	.1876
4	.4236
5	.2457
6	.6309
7	.6614
8	.3327
9	.4383
10	.2241
11	.2134
12	.2992
13	.5483
14	.4860
15	.2016
16	.3014
17	.5349
18	.3509
19	.6049
20	.3804
21	.2597
22	.2668
23	.2474
24	.3325
25	.2604

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
26	.1760
27	.3307
28	.5791
29	.1889
30	.4927
31	.1919
32	.2186
33	.3322
34	.4851
35	.6927
36	.5159
37	.5556
38	.3468
39	.3401
40	.3203
41	.3402
42	.2728
43	.1908
44	.3336
45	.5579
46	.2606
47	.6559
48	.6557
49	.6091
50	.5311

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนชีวิต เท่ากับ .9052

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นาง อัจฉรา จังพานิช

วัน เดือน ปี เกิด 2 กุมภาพันธ์ 2504

สถานที่เกิด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 19/98 ซ. ประดู่ 4 แขวง บางระมาด เขต คลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10171

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล

สถานที่ทำงาน ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ประวัติการศึกษา

- | | |
|-----------|---|
| พ.ศ. 2522 | มศ. 5 จากโรงเรียนวัดน้อยใน กรุงเทพมหานคร |
| พ.ศ. 2525 | ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| พ.ศ. 2530 | สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| พ.ศ. 2531 | พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล |
| พ.ศ. 2541 | การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |

แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
อัจฉรา จังพานิช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2541

การศึกษานี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาแบบประคับประคอง
ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 232 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการ
ประเมินแบบแผนชีวิต ของ เฮตเลอร์ และแบบรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง แล้วนำมา
วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติเอฟ ทดสอบรายคู่ โดยวิธี
ของ เชฟเฟ่

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมี
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศ อายุ รายได้ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิต
ไม่แตกต่างกัน

LIFE STYLES OF THE CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS IN VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

ACHARA JUNGPANICH

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinvirot University

April 1998

The purposes of this study were to determine and to compare the life styles of the chronic renal failure patients in nephro clinic Vajira hospital. The independent variables were sex , ages, educational levels, occupations, incomes, marital status and the period of illness

The samples, 232 patients, were selected by purposive sampling the data were obtained by questionnaires and analysed for percentage arithmetic means, standard deviation, t - test F-test, multiple comparison by scheffé method.

The results of the study were as follows :

1. The chronic renal failure patient's life styles were at fair level.
2. There were significant differences in the life styles for physical aspect among those with different educational levels, occupations and period of illness at the level .05
3. There were no significant difference in the life styles among those with different sex, ages, incomes and marital status.