

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญาณิพนธ์
ของ
ไพเราะหง สมวงศ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ตุลาคม 2547
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.622
คศ 3
3

พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในได้ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทคัดย่อ

ของ

ไพเราะหง สมวงศ์

- 1 ก.พ. 2548

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา

ตุลาคม 2547

1 254 215

ไพรระหง สมวงศ์. (2547), พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์
สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌิมามงกูร , รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ .

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
นิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่
ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในไตและ
กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 127 ราย และผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนิ้วในไตและไม่
กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 190 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive
sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมา
วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง
อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่
ในระดับพอใช้
2. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง
แตกต่างกับผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

SELF CARE BEHAVIOR OF THE PATIENTS WITH RENAL CALCULI
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL THAI RED CROSS SOCIETY

AN ABSTRACT
BY
PRAIRAHONG SOMWONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2004

Prairahong Somwong. (2004). *Self Care Behavior of the Patients with renal calculi, King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Napaporn Madhyamankura, Assoc. Prof. Viriya Sukwongs.

The purpose of this study was to compare self care behavior of recurrent and non-recurrent renal calculi patients post operation at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

The sample were 127 the recurrent and 190 non-recurrent patients with renal calculi post operation from purposive random sampling. The data were obtained by questionnaires on self care behavior and analysed by using percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results of this study were as follow :

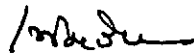
1. The non recurrent patients with renal calculi post operation had self care behavior at good level.
2. The recurrent patients with renal calculi post operation had self care behavior at fair level.
3. The non recurrent patients with renal calculi post operation had the self care behavior deference The recurrent patients with renal calculi post operation had the self care behavior at the .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ของ
นางสาวไพระหง สมวงศ์

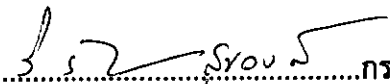
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

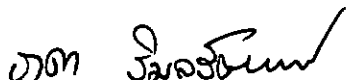


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ ๔ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2547

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์


..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือ จากท่าน รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมามูร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์และรองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะ และให้ข้อคิดในการทำปริญญานิพนธ์ ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที รองศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง, นายแพทย์ กวิรัช ดันตังค์ อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณศรีนวล รัตนวรรณกุล หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร. ชั้น 6 ศัลยกรรมทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศรี เจริญหล้า อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคนี้ในได้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคนี้ในได้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผลคุณค่าอันเกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณ แต่บิดา มารดา ตลอดจนครูอาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณาอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ไพเราะหง สมวงศ์

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์จากทบวงมหาวิทยาลัย
เป็นจำนวนเงิน 6,000.- (หกพันบาทถ้วน)

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	5
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	6
ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในได้	6
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	26
งานวิจัยในต่างประเทศ	26
งานวิจัยในประเทศ	27
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	32
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	33
ลักษณะของเครื่องมือ	33
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	33
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	34
การหาคุณภาพเครื่องมือ	34

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	56
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน วิธีการศึกษาค้นคว้า.....	56
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	58
อภิปรายผล.....	61
ข้อเสนอแนะ.....	69
บรรณานุกรม.....	71
ภาคผนวก.....	80
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	102

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1	สรุปสารละลายเชิงซ้อนที่เป็นตัวเสริมการเป็นโรคนิ้วในไตซึ่งอยู่ในอาหาร 10
2	สรุปสารละลายเชิงซ้อนที่เป็นตัวด้านการเป็นโรคนิ้วในไตซึ่งอยู่ในอาหาร.....10
3	แสดงจำนวน และร้อยละของโรคนิ้วในไตกลับเป็นซ้ำ (RECURRENT) จำแนกตามชนิดของก้อนนิ้ว 18
4	แสดงการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหารตามชนิดการวินิจฉัยโรคนิ้ว 20
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา..... 42
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา.....45
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคนิ้วใน ไตที่กลับเป็นซ้ำ และไม่กลับเป็นภายหลังการผ่าตัด จำแนกรายข้อ.....49
8	จำนวน ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรค นิ้วในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่เป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด.....54
9	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 55
10	คำอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....100

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	5
2 แสดงขั้นตอนการเกิดนิว.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคนิ้วในไตเป็นโรคซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากอยู่อันดับ 1 ใน 10 ที่จัดตามสาเหตุของโรค (กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 156 -161) และเป็นโรคที่เกิดจากการตกผลึก การเจริญเติบโต เป็นก้อนของสารเคมีหรือเกลือเคมีที่มีอยู่ในปัสสาวะมากเกินไป สาเหตุของการเกิดนิ้วในไต มี ทั้งที่ทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุ ส่วนหนึ่งที่ทราบสาเหตุ จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านน้ำดื่ม หรือการดื่มน้ำ การดื่มน้ำน้อยหรือน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้ปัสสาวะเข้มข้นสูงขึ้นจะมี โอกาสเกิดนิ้วได้ ปัจจัยทางด้านโภชนาการ การบริโภคอาหารที่มีโปรตีนน้อย โดยเฉพาะ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ที่มีสารห้ามการตกผลึกของปัสสาวะ ทำให้ยับยั้งการเกิดนิ้วได้ ซึ่งได้แก่ สารแมกนีเซียม ซีเตรต ไพรอเฟอสเฟต และไกลโคเปปไทด์ หรือการบริโภคอาหารที่มีสารก่อให้เกิดการตกตะกอนมากเกินไป ทำให้ตกตะกอนเป็นนิ้วได้ ซึ่งสารจำพวกนี้ได้แก่ ออกซิเลต กรดยูริก แคลเซียม ซึ่งมีอยู่ในชีอกโกแลต เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ถั่วลิสง (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 36) และการเกิดโรคนิ้วในไตมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา เชื้อชาติ สถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคม (Drack. 1986 : 1094 – 1114) รวมทั้งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยบาง ประการที่มีผลต่อการพบความชุก หรืออุบัติการณ์ของโรคนิ้วในไตที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 14) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคนิ้ว ในไตร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกาย และน้ำหนักตัว

สถิติผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ 2543 มีจำนวน 3,350 ราย ปี พ.ศ 2544 มีจำนวน 2,564 ราย ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวน 2,890 ราย รวมทั้งจากสถิติผู้ป่วยใน พบว่ามีผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่เข้ารับ การรักษาด้วยการผ่าตัด ระหว่างปี พ.ศ 2541 - 2545 ดังนี้ 350 ราย 354 ราย 361 ราย 378 ราย และ 375 รายตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตยังคงมีจำนวน มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่ง และการรักษาโดยการผ่าตัดไม่ใช่ขั้นตอน สุดท้ายของการรักษาให้หายขาดได้ โรคนิ้วในไตส่วนหนึ่งทราบสาเหตุการเกิดรักษาให้หายขาด ได้ รวมทั้งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ แต่จากการศึกษากลับพบว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก จากสถิติผู้ป่วยโรคนิ้วในไตทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 50 มีภาวะ ไตวายปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 12.60 ของผู้ป่วยจะมีภาวะไตวายระยะสุดท้าย และถึง แก่กรรม (ศศิธร เจริญบุรณ์. 2544 : 1) และการศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำ พบว่า หลังได้รับการ ผ่าตัดหรือสลายนิ้วแล้ว เมื่อติดตามภายในระยะเวลา 2 ปี จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 40

(พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 39) และในช่วงระยะเวลา 5 ปี จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 (วันชัย นัยรักษ์เสรี. 2540 : 37) รวมทั้งข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คิดเป็นร้อยละ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2540 - 2545 มีดังนี้ ร้อยละ 5.8, 7.03, 10.28, 13.16, 15.68 และ 15.90 เรียงตามลำดับ จะพบว่ามีแนวโน้มที่มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของโรคนี้ในไตจะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายทั้งเรื้อรังและเฉียบพลันง่ายขึ้น จากพยาธิสภาพของไต

สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปี พ.ศ. 2543 - 2545 ผู้ป่วยซึ่งเสียชีวิตจากโรคไตวายที่มีสาเหตุมาจากโรคนี้ในไตนั้นพบ ร้อยละ 9.3, 7 และ 7 ตามลำดับ นอกจากการเจ็บป่วยที่กลับเป็นซ้ำทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยยังจะต้องสูญเสียสุขภาพจิตที่ดีไปกับการเจ็บป่วย รวมทั้งการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องสูญเสียไปกับการรักษา และทางสถานพยาบาลอาจจะสูญเสียทรัพยากรจะนำไปพัฒนาสาธารณสุขด้านอื่นต่อไป การศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ในไตเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง รวมทั้งการกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม และการกลับไปมีพฤติกรรมเช่นเดิมซึ่ง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดการตกตะกอนเป็นนิ่วมากเกินไป เช่น เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ถั่วลิสง การดื่มน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ และการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาอย่างหนึ่ง (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 39) สอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเมื่อไม่มีอาการของโรคที่แสดงความผิดปกติทางร่างกายอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ไม่ยอมเข้ารับรักษา และจะยังคงดำรงชีวิตแบบเดิมตามความเชื่อเดิมที่เคยมีมา ทั้งในเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคนี้ ตลอดจนการดูแลตนเองต่างๆ แล้วก็ตาม (ชวนะ เอี่ยมเพชรพงศ์. 2537 : 14 – 16) ในเรื่องความเชื่อนั้น จัสมิน และไทรสตาด (Jusmin and Trygstad. 1978 : 8) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ไม่ว่าความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของมนุษย์

การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง และยังรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วย (สมทรง รักษ์เผ่า. 2535 : 10 – 11) นอกจากนี้การดูแลตนเองยังเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องปฏิบัติทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เจ็บป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเองยังเป็นการป้องกันการเกิดโรคนี้ในไตและยังเป็นการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ในไตได้ โดยใช้ได้กับโรคนี้ในไตทั้งที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ (วีระสิงห์ เมืองมัน. 2535 : 12 – 22) และจากการศึกษาพบว่าการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองเป็นการป้องกันการเกิดโรคนี้ในไตได้ (ณรงค์ สายวงศ์. 2542 : 42)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต เป็นการดูแลตนเองซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยไม่เฉพาะเจาะจงกับการใช้ยา การดูแลตนเองที่ไม่ต้องใช้ยาเป็นการมุ่งเน้นไปที่การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การดื่มน้ำวันละ 2.5 ลิตรหรือมากกว่า การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่เสี่ยงก่อให้เกิดนิ่ว และการลดน้ำหนัก รวมทั้งลดการรับประทานอาหารประเภท ช็อกโกแลต เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ถั่วลิสง ซึ่งเป็นอาหารที่มีสารก่อให้เกิดการตกตะกอนมากเกินไป ทำให้ตกตะกอนเป็นนิ่วได้

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะพบว่าโรคนี้ในไต เป็นโรคที่มีความรุนแรง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งการเกิดของโรคนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง รวมทั้งด้านความเชื่อดด้วย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขตระหนักดีถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำ เพื่อทราบถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต รวมถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำโรคนี้ในไต โดยจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำรวมทั้งจัดโปรแกรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคนี้ในไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล
2. เป็นข้อมูลในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และนำมาปรับปรุง วางแผนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโรงพยาบาล แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้าการวิจัย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในโตซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 1,800 ราย โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่กลับมารับบริการ ด้วยโรคนิ้วในโตกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 720 รายและผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 1,080 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในโตซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 317 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การตารางเลขสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 607 – 610) ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนิ้วในโตและกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการคิดเป็นสัดส่วน จำนวน 127 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนิ้วในโตและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จากการคิดเป็นสัดส่วน จำนวน 190 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การกลับเป็นซ้ำของโรคนิ้วในโต
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1.พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดที่ผู้ป่วยปฏิบัติและเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัด อันมีผลต่อการช่วยผู้ป่วยโรคนิ้วในโตให้กลับสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ การดูแลรักษาตนเองทั่วไป การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดนิ้วชนิดยุงกิน นิ้วชนิดซีสทิน นิ้วติดเชื้อ นิ้วชนิดแคลเซียมออกซาลเลต

2. การกลับเป็นซ้ำของโรคนิ้วในโต

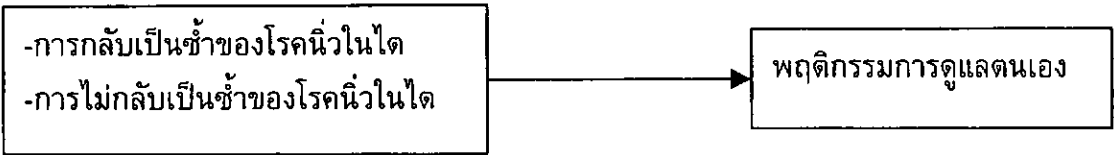
หมายถึง การที่เกิดเป็นซ้ำของโรคนิ้วในโต ที่ไม่ได้เกิดจากการเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านต่อมไร้ท่อ แบ่งออกเป็น

- 2.1 การกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ในไต
- 2.2 การไม่กลับซ้ำเป็นของโรคนี้ในไต
- 3.แผนกคัดสรรกรรมทางเดินปัสสาวะ

หมายถึง สถานบริการสุขภาพเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคทางเดินปัสสาวะ ทั้งชายและหญิง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองแตกต่างกับผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ่วในไต
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายของโรคนิ่วในไต

นิ่ว (Calculi หรือ Stone) หมายถึง ก้อนหรือสารเคมีที่เกิดขึ้นเป็นก้อนแข็งในไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อของต่อมบางชนิดในร่างกาย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2525 : 444) ซึ่งจะเห็นได้ว่านิ่วเกิดจากผลึกในปัสสาวะรวมตัวเป็นก้อนขนาดใหญ่ ทำให้เกิดโรคนิ่วในไต โรคนิ่วในไตจึงเป็นโรคของไตชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังที่เกิดจากมีก้อนนิ่วอยู่ในไตมีสาเหตุมาจากความผิดปกติในร่างกายที่ผลิตสารละลายในปัสสาวะที่มีระดับสูงหรือต่ำเกินไป (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 16)

อุบัติการณ์

โรคนิ่วในไตพบในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก โดยพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 2 : 1 และส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุ 40 – 59 ปี (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 14 - 15)

ระบาดวิทยา

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดนิ่วในไต สามารถแบ่งออกได้ดังนี้ (ไพฑูรย์ คชเสนี. 2537 : 288 - 290)

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ในทวีปยุโรปก่อนยุคการปฏิวัติอุตสาหกรรม พบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะมากกว่านิ่วในไต ปัจจุบันไม่พบนิ่วกระเพาะปัสสาวะ แต่พบนิ่วในไตสูงในทวีปเอเชีย

2. ปัจจัยด้านน้ำตาล น้ำตาลเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดนิ่วในไต ถ้าดื่มน้ำน้อย ปัสสาวะจะมีสีเข้มเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคนี้ในไต ในคนซึ่งเป็นโรคนี้ในไต เมื่อตรวจปัสสาวะในช่วงหนึ่งช่วงใด ปัสสาวะจะเข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้ในไต จากการศึกษาผู้ป่วยที่เกิดโรคนี้ในไต ผลการศึกษาพบว่าปัสสาวะเข้มข้นและปนกับผู้ป่วยที่ดื่มน้ำน้อย (วิชชุ์ สินปรีชา. 2528 : 43)

3. ปัจจัยด้านโภชนาการ ได้มีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ทางด้านระบอดวิทยาที่เป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดนิ่วในไต พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเข้าไปมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของเกิดนิ่วในไตมากกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยทั้งชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทานส่วนหนึ่งจะถูกขับออกหรือไปมีผลต่อการขับสารบางชนิดออกมาในปัสสาวะในรูปของสารก่อให้เกิดนิ่ว ได้แก่ แคลเซียม ออกซาเลต กรดยูริก และออร์โทฟอสเฟต และสารยับยั้งการเกิดนิ่ว ได้แก่ ซิเตรต แมกนีเซียม ไพโรฟอสเฟต นอกจากนี้เกิดนิ่วในไตมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะอาหารจำพวกโปรตีน สัดส่วนของการรับประทานอาหารโปรตีนกับคาร์โบไฮเดรต เป็นที่ยอมรับว่าเป็นสาเหตุของนิ่วในไต การบริโภคน้ำตาลรูปน้ำเชื่อม อยู่ในอาหารหลายชนิดและบริโภคเส้นใยอาหารน้อยลง ทำให้การดูดซึมของน้ำตาลดีมาก อาจส่งผลให้การดูดซึมแคลเซียมดีขึ้นด้วย รวมทั้งมีผลทำให้ปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะสูง ปัจจัยเหล่านี้เมื่อรวมกันแล้วก็จะส่งเสริมทำให้เกิดนิ่วในไตได้ นอกจากนี้พวกซ็อกโกแลต ลูกอม ชา กาแฟ โกโก้ เมื่อรับประทานจะทำให้มีออกซาเลตในปัสสาวะสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดนิ่วในไตได้เช่นกัน

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยฐานะทางสังคมที่สูงจะรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้มีสารประกอบพวกพิวรีนในเลือดสูงและมีการขับกรดยูริกทางปัสสาวะสูง มีผลทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะสูง เนื่องจากการสลับกับการดูดซึมกลับของแคลเซียมที่หลอดไตฝอยส่วนปลาย

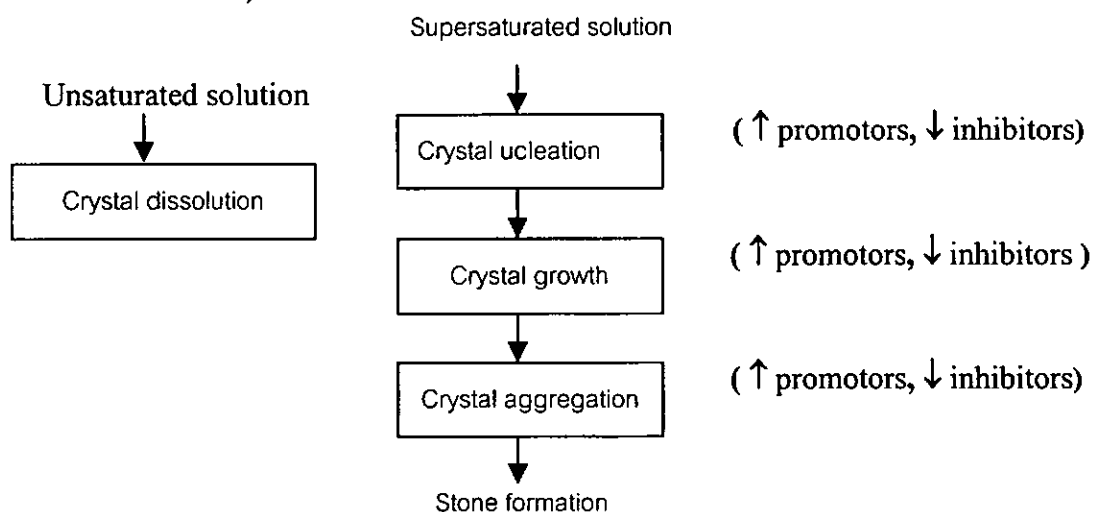
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่อากาศร้อน มีนิ่วในไตเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ซึ่งไปอยู่ใหม่ เนื่องจากเมื่อร่างกายสัมผัสกับความร้อน จะเสียน้ำและเพิ่มการดูดซึมแคลเซียมกลับในหลอดไตฝอยมากขึ้น ได้มีผู้รายงานว่า ในฤดูร้อนการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากกว่าในฤดูอื่นๆ ฉะนั้นสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาวมีผลโดยตรงต่อการเกิดนิ่วในไต และการเสียน้ำจากร่างกายหรืออากาศร้อนทำให้ปัสสาวะมีปริมาณน้อยและเข้มข้นทำให้เกิดนิ่วได้ง่าย

6. ปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้แก่ อายุ มักจะพบในบุคคลชองอายุประมาณ 40 - 59 ปี และมักจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 2 : 1 รวมทั้งอาชีพ มักจะพบว่าอาชีพที่มีออกกำลังกายน้อย มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในไตมากกว่าอาชีพที่ต้องใช้แรงมากๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายจะทำให้ผลึกไม่ไปติดอยู่ในไต และหลุดออกมาได้ง่ายขึ้น (ทวี ศิริวงศ์ . 2528 : 16-25)

โรคหินในไตเป็นโรคของไตชนิดหนึ่งที่พบบ่อย เกิดจากการที่มีก้อนนิ่วอยู่ค้างคาในไต และท่อไตก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งทำให้เกิดการติดเชื้อ ไตพิการ จนกระทั่งถึงเสียชีวิตได้ โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เพราะความผิดปกติซ่อนตัวอยู่ในผู้ป่วย เป็นเวลานานพอสมควร รอนกว่าพยาธิสภาพรุนแรงมากพอที่จะแสดงอาการออกมา

การเกิดผลึกและนิ่วในไต

โดยทั่วไป ปัสสาวะของมนุษย์เป็นสารละลายเชิงซ้อนที่ประกอบด้วยสารต่างๆ มากมาย แต่จะละลายอยู่มากบ้างน้อยบ้างขึ้นกับว่าไตขับออกมาในปริมาณเท่าใด สารต่างๆ ในกลุ่มเกลือแร่ที่ละลายในปัสสาวะ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต ออกซาเลต แอมโมเนียม เป็นต้น สารเหล่านี้อยู่ในภาวะที่เรียกว่า "ภาวะอิ่มตัวยิ่งยวด" (Supersaturation) สารเหล่านี้จะจับตัวกัน และพัฒนาจนเป็นผลึก เช่น ผลึกแคลเซียมออกซาเลต แคลเซียมฟอสเฟต เป็นต้น ซึ่งขั้นตอนนี้ เรียกว่า Crystal nucleation กรณีที่ผลึกเกิดจากสารประกอบเดียว เรียกการเกิดผลึกว่า Homogenous nucleation ซึ่งสารละลายต้องมีความอิ่มตัวยิ่งยวดสูงกว่าผลึกที่เกิดจากสารประกอบ มากกว่า 1 ชนิด ซึ่งเรียกการตกผลึกวิธีหลังนี้ว่า Heterogenous nucleation เมื่อผลึกที่เกิดขึ้น อยู่ในภาวะอิ่มตัวยิ่งยวดตลอดพร้อมกับที่มีตัวห้าม (Inhibitor) ลดลง หรือมีตัวเสริม (Promotor) ในปริมาณมากขึ้น ผลึกดังกล่าวก็จะขยายตัวโตขึ้น โดยจะมีสารเข้ามาพอกที่ ผิวหน้าของผลึกขั้นนี้เรียกว่า Crystal growth และเมื่อผลึกมีขนาดใหญ่ขึ้นและเข้ามาอยู่ใกล้กัน มากเพราะมีจำนวนมากขึ้นจะเกิดการเชื่อมต่อนี้เข้าด้วยกันเป็นกลุ่ม เรียกขั้นตอนนี้ ว่า Crystal aggregation ต่อมากลุ่มผลึกจะรวมตัวกันเป็นก้อนนิ่ว ซึ่งในระยะแรกก้อนนิ่วจะมี ขนาดเล็ก ต่อมาค่อยใหญ่ขึ้นเป็นลำดับในขณะที่มีสภาวะต่างๆ ยังเหมาะสม ดังภาพประกอบ 2 (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 135)



ภาพประกอบ 2 แสดงขั้นตอนการเกิดนิ่ว

จากการศึกษามีทั้งตัวห้าม (Inhibitor) และตัวเสริม (Promoters) มากมาย (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 136 - 138) ที่สามารถออกฤทธิ์ในการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดนิ่วในไต ดังนี้
ตัวห้ามที่สำคัญในการป้องกันได้แก่

1. ซิเตรต (Citrate) เป็นสารที่ได้จากอาหารในปริมาณน้อย และมีการขับออกทางปัสสาวะในปริมาณน้อยเช่นกัน ซิเตรตทำหน้าที่เป็นตัวห้าม โดยชะลอการตกผลึกของเกลือแคลเซียมโดยวิธีหลักๆ 2 วิธี ได้แก่ ซิเตรตจับตัวกับประจุแคลเซียมเป็น Soluble complex ทำให้ลดประจุอิสระของแคลเซียมในปัสสาวะ และซิเตรตยังออกฤทธิ์สกัดกันโดยตรงต่อการตกผลึกของทั้งแคลเซียมออกซาลเลตและแคลเซียมฟอสเฟต ดังนั้นจะพบว่าซิเตรตเป็นตัวห้ามที่ออกฤทธิ์ได้อย่างกว้างเพราะมีผลต่อนิวแคลเซียมซึ่งเป็นนิวที่พบมากกว่าร้อยละ 80 ของนิวทั้งหมด

2. แมกนีเซียม (Magnesium) มีกลไกป้องกันการเกิดนิ่ว โดยการรวมตัวกับออกซาลเลตในปัสสาวะ ทำให้ลดภาวะอิ่มตัวของแคลเซียมออกซาลเลต ดังนั้น แมกนีเซียมจึงมีบทบาทในการป้องกันนิวดังกล่าวได้

3. ไพโรฟอสเฟต (Pyrophosphate) เป็นสารโมเลกุลเล็กที่เป็นตัวห้ามการเกิดผลึกของแคลเซียม ออกซาลเลต ออกฤทธิ์ได้น้อยเนื่องจากมีปริมาณน้อยในปัสสาวะปกติ แต่จะออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นเมื่อปริมาณมากขึ้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการรับประทาน Osteophosphate 1 - 2 กรัมต่อวัน

ตัวเสริมที่ส่งเสริมเกิดนิ่วได้แก่

กรดยูริก (Uric acid) ซึ่งเป็นสารตัวเดียวที่มีบทบาทชัดเจนในการส่งเสริมการตกผลึก สารนี้เป็นตัวเสริมที่สำคัญต่อการเกิดนิ่วแคลเซียมออกซาลเลต โดยพบว่าภาวะ Hyperuricosuria สามารถกระตุ้นให้เกิดการตกผลึกแคลเซียมออกซาลเลตได้ง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะอิ่มตัวมากนักโดยทำให้เกิดผลึกด้วยวิธี Heterogenous nucleation

จากที่กล่าวมาแล้วนั้น มีทั้งตัวห้าม (Inhibitor) และตัวเสริม (Promoters) มากมายที่ทำให้เกิดนิ่วในไตได้ และสารเหล่านี้พบได้ทั่วไปในอาหาร ซึ่งได้สรุปเป็นตาราง 1. (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 342)

ตาราง 1 สรุปสารละลายเชิงซ้อนที่เป็นตัวเสริมการเป็นโรคหัวใจ ซึ่งมียอยู่ในอาหาร

สารละลายเชิงซ้อน	อาหาร
แคลเซียม	นม ผลิตภัณฑ์จากนม ไบมาตุม กระเจี๊ยบแดง ชะอม ผักเสี้ยน ผักบุ้งไทย คะน้า ใบกวางดั่ง ฯลฯ
ออกซาเลต	ซ็อกโกแลต ผักโขม ไบมาตุม ผลไม้เปลือกแข็ง ถั่วลิสง ผักแพว ฯลฯ
กรดยูริก	ของหมักดอง เบียร์ สัตว์ปีก เครื่องในสัตว์

ตาราง 2 สรุปสารละลายเชิงซ้อนที่เป็นตัวต้านการเป็นโรคหัวใจ ซึ่งมียอยู่ในอาหาร

สารละลายเชิงซ้อน	อาหาร
ซิเตรด	ส้มโอ ส้มจีน ส้มเขียวหวาน สับปะรด มะเขือเทศ ถั่วเขียว ผักกาดหอม มะระขี้นก ฯลฯ
แมกนีเซียม	ไบมาตุม กระเจี๊ยบแดง ถั่วลิสง สะเดา ใบกระเพรา ฯลฯ
Pyrophosphate	ข้าวโพดอ่อน มะระขี้นก พริกเขียว ใบ ตำลึง กระเพรา

วิธีการเกิดของนิ่ว

ปัจจุบันมี 2 ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับวิธีการเกิดนิ่วได้แก่ (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 138)

1. Free particle theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงสภาวะปัสสาวะอิ่มตัวที่เหมาะสม ผลึกจะเกิดขึ้นมาก และอยู่กันอย่างคับคั่งภายใน Renal tubule เมื่อผลึกเริ่มโตและจับเป็นกลุ่มกันใหญ่ขึ้นจนติดค้างคาอยู่ใน Renal tubule นั้น และต่อมาผลึกค่อยพัฒนาขึ้นมาเป็นนิ่ว

2. Fixed particle theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงผลึกที่เกิดขึ้น ผลึกบางอันจะเกาะติดกับพื้นผิวของเซลล์เยื่อภายใน Renal tubule โดยอาศัยสารโมเลกุลใหญ่บางชนิดซึ่งทำหน้าที่เหมือนกาว ผลึกที่เกาะติดจะขยายตัวโตขึ้นและพัฒนาเป็นนิ่วได้

สาเหตุการเกิดนิ่วในไต

การเกิดนิ่วในไตของผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ทราบสาเหตุและรักษาได้ แต่ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 139)

1. ที่ทราบสาเหตุ เป็นภาวะทำให้เกิดนิ่วอย่างชัดเจน ได้แก่

1.1 Primary hyperparathyroidism ภาวะที่มีเกิดจากต่อมพาราไทรอยด์หลังฮอร์โมนมากผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้มีระดับแคลเซียมสูงทั้งในเลือดและในปัสสาวะ ทำให้ตรวจพบมีแคลเซียมในปัสสาวะสูงร่วมกับออกซาเลตในปัสสาวะสูงด้วย

1.2 Renal tubular acidosis ภาวะที่ไตขับกรดออกไม่ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ Distal nephron ไม่สามารถขับประจุไฮโดรเจนออกจากเซลล์เข้าสู่ปัสสาวะได้ในภาวะที่ร่างกายมีกรดเกิน ภาวะนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบได้ประมาณร้อยละ 1.1 – 5.0 และปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเกิดนิ่วในภาวะนี้ คือ ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นด่างและมีปริมาณซิเตรตต่ำลงในปัสสาวะร่วมกับมีแนวโน้มที่ Hypercalciuria ทำให้นิ่วที่เกิดจึงเป็นชนิดแคลเซียมฟอสเฟต เพราะมีภาวะอิ่มตัวอย่างยิ่งยวดของแคลเซียม

1.3 โรคเกาต์ หรือโรคปวดข้อชนิดที่ข้อบวม มีก้อนนูนขึ้นมาก็เป็นผลมาจากกรดยูริกที่เพิ่มมากในเลือด และการตกตะกอนของกรดยูริก และ/หรือเกล็ดเลือดไปตกตะกอนอยู่ในข้อ ซึ่งมักพบในข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อศอก ข้อเข่า และข้อเท้า การเกิดนิ่วจากกรดยูริกนั้นเพราะปริมาณความเข้มข้นของสารตัวนี้มีมากในปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลมาจากกรดยูริกในเลือดมีมากเกินไป พบในบุคคลที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีการสลายตัวในกรดยูริกเพิ่มมากขึ้น ในคนปกติที่สมบูรณ์ การขับถ่ายกรดยูริกทางปัสสาวะจะมีประมาณ 1 กรัมใน 24 ชั่วโมง

1.4 Hyperoxaluria ภาวะที่มีออกซาเลตออกมากในปัสสาวะ วินิจฉัยเมื่อตรวจพบปริมาณออกซาเลตในปัสสาวะมากเกินไปกว่า 44 ม.ก./วัน มีสาเหตุหลัก 2 กลุ่มคือ

1.4.1 ภาวะที่มีการดูดซึมออกซาเลตมากเกินไปจากทางเดินอาหาร กลไกเกิดเนื่องจากน้ำดีและกรดไขมัน สามารถกระตุ้นลำไส้ใหญ่โดยตรง ให้ดูดซึมออกซาเลตเพิ่ม

ขึ้นและการที่น้ำดีและกรดไขมันหลงเหลือในทางเดินอาหาร ก็จะไปจับตัวกับแคลเซียม และแมกนีเซียมทำให้ออกซาเลตอยู่เป็นอิสระและถูกดูดซึมได้ง่ายขึ้น

1.4.2 ความผิดปกติของออกซาเลตจากอาหารประเภท เช่น ผักใบสีเขียวจัด หรือวิตามินบางชนิด

2. ที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุ (Primary renal calculi) ในกลุ่มนี้หาสาเหตุไม่ได้ โดยยังไม่ทราบโรคต้นเหตุที่ทำให้เกิดนี้ และชื่อที่ใช้เรียกจะบอกถึงความผิดปกติหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2.1 Idiopathic hypercalciuria เป็นภาวะที่มีระดับแคลเซียมสูงในปัสสาวะไม่ทราบสาเหตุ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ Absorptive type เกิดจากทางเดินทางอาหารสามารถดูดซึมแคลเซียมมากผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีผลตามมาทำให้มี Hypercalciuria

2.2. Hyperuricosuria ภาวะนี้วินิจฉัยเมื่อพบว่ามีการดยูริกในปัสสาวะมากกว่า 800 ม.ก./วัน ซึ่งทำให้มีโอกาที่จะเป็นนิ่วเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 – 50 เนื่องจากความสามารถในการละลายของกรดยูริก ซึ่งขึ้นกับความเป็นกรดต่างของปัสสาวะ โดยละลายได้มากขึ้นเมื่อปัสสาวะเป็นด่างมากขึ้น ความผิดปกตินี้พบได้ในภาวะต่อไปนี้

- Idiopathic hyperuricosuria ไม่ทราบกลไกที่ทำให้มีการขับกรดยูริกออกทางปัสสาวะมากผิดปกติ

- Idiopathic hyperuricemia กลุ่มนี้มีการสร้างกรดยูริกในร่างกายมากผิดปกติ และมีการขับออกทางปัสสาวะมากตามมา

2.3 Hypocitraturia วินิจฉัยเมื่อตรวจพบปัสสาวะมีซิเตรตน้อยกว่า 320 ม.ก./วัน กลไกที่ทำให้เกิด คือภาวะเลือดเป็นกรด หรือมีกรดคั่งในเลือด ซึ่งลดปริมาณซิเตรตในปัสสาวะโดยการกระตุ้นให้มีการดูดซับเพิ่มโดย Proximal tubule ทำให้ Peritubular uptake ผิดปกติไปและลดการสังเคราะห์ซิเตรต และภาวะที่เกิดจากอาหาร ได้แก่ การได้เกลือสูงในอาหารมีผลทำให้เกิด Mild metabolic acidosis และลดการขับซิเตรตออก

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดนิ่วในไต

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดนิ่วในไตนั้น เป็นผลมาจากองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ (ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญเหลือวงษ์วัฒนาภิจ. 2537 : 209 – 310)

การอุดตัน เมื่อมีนิ่วในไต ไตจะมีการอุดตันและมีน้ำปัสสาวะขังอยู่ จึงทำให้มีแรงดันที่กรวยไต กล้ามเนื้อภายในกรวยไตมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะมีการบีบตัวแรงขึ้นเพื่อผลักดันน้ำปัสสาวะให้ผ่านมายังท่อไต ถ้าในภาวะที่มีนิ่วในไตไม่ได้รับการแก้ไข กล้ามเนื้อไตและกล้ามเนื้อกรวยไตจะบาง โป่งพอง และมีน้ำปัสสาวะขังอยู่ เกิดเป็นกรวยไตบวมน้ำ (Hydropelvis)

ต่อมาที่ผนังของแคลิควมน้ำ (Hydrocalyx) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เนื้อไต และเนื้อกรวยไตถูกเบียดให้บางลง จึงมีเลือดมาเลี้ยงไตน้อย ไตจะเสียหายที่เกิดภาวะไตวาย

การขาดเจ็บ เมื่อมีนิ่วในไตและกรวยไต ก้อนนิ่วจะเบียดเนื้อไต และเนื้อกรวยไต ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ไตและกรวยไตจะบวม บางครั้งก้อนนิ่วจะครูดกับเส้นเลือดที่มาเลี้ยงไตเป็นแผล ทำให้มีเลือดปนออกมากับน้ำปัสสาวะ (Hematuria) ถ้าก้อนใหญ่จะทำให้ไตผิดรูปและเสียหายที่

การติดเชื้อ นิ่วจะไปอุดกั้นทางเดินของน้ำปัสสาวะภายในไตและกรวยไต เนื่องจากนิ่วเป็นสิ่งแปลกปลอมทำให้ระคายเคือง บวม มีความต้านทานโรคต่ำ ทำให้เชื้อโรคจากกระเพาะปัสสาวะหรือจากกระแสเลือดเข้ามาสู่ไตได้ง่าย ซึ่งนิ่วแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต เป็นนิ่วที่เกิดร่วมกับการติดเชื้อและภาวะไตทำงานเสื่อมลงจากการที่มีการอุดกั้น การรักษาทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีเชื้อโปรทียัส มิราบิลิส (*Proteus mirabilis*) จึงส่งเสริมให้นิ่วมีขนาดใหญ่อย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาทำให้เกิดการอุดกั้นมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้ไตเสียหายที่

การแบ่งชนิดของนิ่วในไต

การแบ่งชนิดของนิ่วว่าเป็นชนิดใดนั้น สามารถแบ่งได้ตามองค์ประกอบของเกลือแร่ที่ประกอบขึ้นเป็นนิ่วเป็นสำคัญ โดยถ้านิ่วก้อนใดมีองค์ประกอบเป็นสารประกอบใดมากกว่าร้อยละ 50 ก็ถือว่าเป็นนิ่วที่ประกอบด้วยสารประกอบนั้นเป็นหลัก เช่น นิ่วแคลเซียมออกซาเลต นิ่วกรดยูริก เป็นต้น แต่ถ้านิ่วเกิดจากสารประกอบหลายชนิดโดยที่ไม่มีสารประกอบชนิดใดมากกว่าร้อยละ 50 สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นนิ่วผสม เช่น นิ่วผสมของแคลเซียมออกซาเลตและแคลเซียมฟอสเฟต เป็นต้น องค์ประกอบของนิ่วที่พบมากที่สุด คือ แคลเซียมออกซาเลต รองลงมาคือ นิ่วผสมของแคลเซียมออกซาเลตร่วมกับแคลเซียมฟอสเฟต สำหรับองค์ประกอบของนิ่วในไตจากประเทศไทยที่เคยรายงานจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบร้อยละ 72 เป็นนิ่วแคลเซียมและในจำนวนนี้ร้อยละ 68 เป็นนิ่วแคลเซียมออกซาเลตและที่เหลือเป็นนิ่วแคลเซียมฟอสเฟต (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 140)

ลักษณะของนิ่วในไตที่มีความสำคัญ มีดังนี้

1. นิ่วแคลเซียม (Calcium stone) เป็นนิ่วที่พบมากที่สุดในการตรวจพบนิ่วทั้งหมดที่เกิดขึ้นในทางเดินปัสสาวะ และเป็นนิ่วที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบส่วนใหญ่ โดยแคลเซียมจะไปรวมกับอนุมูลที่มีประจุเป็นลบ (Anion) เกิดเป็นสารประกอบได้หลายชนิด ในสภาวะที่ปัสสาวะมีความอึดด้วยยิ่งยวด และมีปัจจัยเสริมบางอย่างร่วมด้วยสารประกอบเหล่านี้จะตกผลึกและเกิดรวมตัวเป็นก้อนนิ่วหลายชนิดได้แก่ นิ่วแคลเซียมออกซาเลต นิ่วแคลเซียมฟอสเฟต ซึ่งมักจะ

อยู่ปนกัน โดยชนิดแรกพบมากกว่าและมักจะเป็นส่วนประกอบของนิ่วชนิดอื่นร้อยละ 80 ของนิ่วทั้งหมด นิ่วใดๆ ที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบอยู่จะทึบต่อแสงเอกซเรย์ นิ่วแคลเซียมออกซาเลตรูปร่างมักกลมรี ขรุขระเป็นตะปุ่มตะป่ำ สีน้ำตาล แข็งมาก เห็นชัดในภาพเอกซเรย์ ส่วนนิ่วแคลเซียมฟอสเฟตจะมีลักษณะคล้ายกัน เพียงแต่มีขนาดใหญ่กว่า

2. นิ่วติดเชื้อ (Infectious stone) นิ่วชนิดนี้มักพบร่วมกับมีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่วติดเชื้อ มีองค์ประกอบหลักคือ แมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต และมักมีแคลเซียมคาร์บอเนตปนอยู่ด้วย แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ มักจะเป็นพวก Urease ทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง มีผลตามมาทำให้แมกนีเซียม แอมโมเนียมฟอสเฟต และแคลเซียมคาร์บอเนตที่ละลายอยู่ตกตะกอนได้ง่าย จุลชีพที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด ได้แก่ *Proteus* เชื้อตัวอื่นได้แก่ *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Staphylococcus* และ *Yeast* นิ่วชนิดนี้มีลักษณะเฉพาะตัว คือมีขนาดใหญ่เต็มกรวยไต มีลักษณะคล้ายเขากวาง โตเร็ว และมีการติดเชื้อร่วมด้วย เป็นนิ่วที่รักษายากที่สุด เพราะต้องกำจัดนิ่วออกให้หมด มิฉะนั้นนิ่วที่ค้างจะงอกโตขึ้นมาได้ในระยะเวลาอันสั้น อาการที่มาหาแพทย์ก็คือ อาการที่เกิดจากการอุดตันปัสสาวะ หรือภาวะไตวาย นิ่วติดเชื้อสามารถเห็นได้ในภาพเอกซเรย์ มีลักษณะใดก็ได้ แต่ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวคือ มีขนาดใหญ่เต็มกรวยไตมีก้างอย่างน้อย 2 ก้าง อาจอ่อนนุ่มหรือแข็งก็ได้ขึ้นกับองค์ประกอบ

3. นิ่วกรดยูริก (Uric acid stone) นิ่วชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 5 – 10 ของนิ่วทั้งหมด กรดยูริกเป็นผลผลิตขั้นสุดท้ายของ Purine ในร่างกาย ที่ผ่านการสันดาปแล้วถูกขับออกทางปัสสาวะ ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของโซเดียมยูเรตซึ่งละลายน้ำได้ และส่วนน้อยในรูปของกรดยูริกซึ่งมีละลายน้ำ กรดยูริกเป็นกรดอ่อน มี $pK_a = 5.35$ ดังนั้นค่าความเป็นกรดและมีค่า pH ต่ำกว่า 5.35 ละลายน้ำได้น้อย กรดยูริกจะมีสัดส่วนมากขึ้น ทำให้เกิดการตกผลึกได้ง่าย และมีโอกาสรวมตัวกันเป็นนิ่วชนิดยูริกได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าปัสสาวะมี pH สูงกว่า 5.35 กรดยูริกจะละลายน้ำได้ดี โอกาสเกิดนิ่วน้อยลง ดังนั้น pH ของปัสสาวะจึงมีความสำคัญมากในการเกิดนิ่วชนิดนี้มาก ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดนิ่วชนิดนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคนิ่วชนิดนี้คือผู้ที่มีปัสสาวะเป็นกรด คือ pH น้อยกว่า 5.5 และอาจมีกรดยูริกในปัสสาวะสูงกว่าปกติ (มากกว่า 800 ม.ก. ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง) มีระดับยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นโรคเกาต์ นิ่วยูริกเกือบทั้งหมดจะมีองค์ประกอบเป็นผลึกของกรดยูริกเพียงชนิดเดียว ไม่มีผลึกอย่างอื่นร่วมด้วย และไม่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบรวมอยู่ด้วย ดังนั้นจึงตรวจไม่พบจากภาพเอกซเรย์ชนิด plain KUB แต่จะตรวจพบโดยวิธีอัลตราซาวด์ หรือ IVP ลักษณะของก้อนนิ่วชนิดนี้อาจเป็นเม็ดกลมเกลี้ยงหรือหนามขรุขระก้อนค่อนข้างแข็ง มีสีเหลืองปนน้ำตาล นิ่วมักมีขนาดค่อนข้างเล็กแข็ง และอาจมีหลายๆ เม็ดก็ได้

4. นิ่วซิสทีน (Cystine stone) นิ่วชนิดนี้พบได้น้อยมาก และเป็นนิ่วที่มีองค์ประกอบทางเคมีเป็นซิสทีนเพียงอย่างเดียว พบผลึกอย่างอื่นผสมอยู่ด้วยน้อยมาก ขนาดที่พบมีตั้งแต่เล็กไปจนถึงใหญ่เท่ากรวยไต พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ทำให้เกิดความ

ผิดปกติในการดูดซึมกลับของกรดอะมิโนบางชนิด เช่น ซิสทีนที่หลุดเล็ดลอดลง เป็นผลให้มีปริมาณซิสทีนถูกขับทิ้งออกมาในปัสสาวะมากขึ้น จนถึงขั้นความอึดตัวอย่างยาวยิ่ง เกิดเป็นผลึกเล็กๆ และรวมกันเป็นก้อนในที่สุด เนื่องจากเป็นนิ่วที่ไม่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบ ดังนั้นจึงตรวจไม่พบจากภาพเอกซเรย์ ชนิด Plain KUB ของนิ่วชนิดนี้ ถ้าเป็นนิ่วก้อนเล็กจะไม่พบ แต่จะสามารถแลเห็นได้จางๆ เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้น ลักษณะของก้อนนิ่วซิสทีน มักมีลักษณะเป็นเหลี่ยม ผิวเรียบและเป็นมัน สีเหลืองปนน้ำตาลแข็ง มักจะมีขนาดใหญ่ขึ้น แต่อาจจะพบก้อนเล็กหลายก้อนก็ได้ ในผู้ป่วยที่เป็นซ้ำหลายครั้งควรตรวจหาผลึกหกลิ่มที่เป็นลักษณะของซิสทีน

5. นิ่วชนิดที่พบได้น้อย

5.1 Matrix calculi มักพบร่วมกับมีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะจากเชื้อ Proteus ในก้อนนิ่วจะมีสารเมือก ซึ่งมีผลึกของสารอื่นปนอยู่น้อย นิ่วชนิดนี้จะมองไม่เห็นจากภาพเอกซเรย์

5.2 Xanthine calculi พบในผู้มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ซึ่งเกิดจากการขาดเอนไซม์ Xanthine oxidase ทำให้มี Xanthine ปริมาณสูง นิ่วชนิดนี้ไม่ทึบแสงเอกซเรย์และวินิจฉัยได้เมื่อพบร่วมกับการที่มีปริมาณกรดยูริกต่ำมากทั้งในเลือดและในปัสสาวะ

5.3 Silica calculi พบได้น้อยมาก พบได้ในผู้ป่วยที่รับประทานยาลดกรดที่มี Silicate

5.4 Triamterene calculi พบได้ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Triamterene ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะชนิดหนึ่ง นิ่วที่เกิดขึ้นอาจประกอบด้วย Triamterene อย่างเดียว หรือเจือปนกับแคลเซียมออกซาเลตและกรดยูริก

อาการและอาการแสดง

อาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 137 - 145) ดังนี้

1. อาการโดยตรงของการที่มีนิ่วอยู่ในทางเดินปัสสาวะ เป็นอาการที่เกิดจากการระคายเคืองเนื่องจากมีก้อนนิ่วเสียดสีในไตและท่อไต บางครั้งมีการอุดตันอย่างเฉียบพลัน และมีการกระตุ้นท่อไตให้หดตัวอย่างรุนแรง เพื่อพยายามขับเอาก้อนนิ่วออกไป

อาการนำมาที่พบบ่อย ได้แก่ ปัสสาวะเป็นนิ่ว ปัสสาวะขัดหรือสะดุดปัสสาวะสีเลือด ปวดเป็นพักๆ ตรงบริเวณเอวอย่างรุนแรง และอาจมีอาการร้าวลงมาที่หน้าขาข้างเดียวและที่อวัยวะเพศ

อนึ่งมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยอาจไม่มีอาการใดเลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยปัญหาอื่น เช่น เบาหวาน ต้อกระจก มะเร็ง เป็นต้น และตรวจพบโดยบังเอิญว่ามีนิ่วในไต

2. อาการโดยอ้อมของการที่มีนิ่วอยู่ในทางเดินปัสสาวะ หรืออาจเรียกว่าเป็นผลตามมาของการที่นิ่วอุดตันทางเดินปัสสาวะ อาการที่สำคัญได้แก่

2.1 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องอืดขึ้นได้ ทำให้ดูคล้ายอาการของกระเพาะ ลำไส้อักเสบ ไส้ติ่งอักเสบ และถุงน้ำดีอักเสบ

2.2 การติดเชื้อ เป็นอาการนำ และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภาวะหนึ่ง กลไกที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย คือ Urinary stasis นี้จะไปอุดกั้นทางเดินปัสสาวะภายในไตและกรวยไต เนื่องจากนิ้วเป็นสิ่งแปลกปลอมทำให้ระคายเคือง บวม มีความต้านทานโรคต่ำ ทำให้เชื้อโรคจากกระเพาะปัสสาวะหรือจากกระแสเลือดเข้ามาสู่ไตได้ง่าย ซึ่งนิ้วแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต เป็นนิ้วที่เกิดร่วมกับการติดเชื้อและภาวะไตทำงานเสื่อมลงจากการที่มีการอุดกั้น การรักษาทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีเชื้อโปรทียัส มิราบิลิส (*Proteus mirabilis*) จึงส่งเสริมให้นิ้วมีขนาดใหญ่อย่างรวดเร็ว และจากที่กล่าวมาแล้วว่านิ้วแปลกปลอมในทางเดินปัสสาวะ ที่สำคัญคือ มักจะต้องหาวิธีนำนิ้วออกด้วยจึงจะรักษาได้บ่อยครั้งที่มีการติดเชื้อจนไตเป็นหนอง (Pyonephrosis) ซึ่งจำเป็นต้องผ่าตัดเอาไตข้างนั้นออก

2.3 ไตเสื่อม จนถึงเกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาพบแพทย์เนื่องจากการตรวจพบว่ามีภาวะไตเสื่อม หรือมีอาการไตวาย เมื่อทำการสืบสวนโรคพบว่าเข้าได้กับ Chronic pyonephrosis และยังมีนิ้วค้างคาในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นนิ้วทั้งสองข้าง โดยอาจตรวจไม่พบนิ้ว เนื่องจากเลื่อนหลุดไปแล้ว ส่วนการอักเสบยังคงดำเนินต่อไปเนื่องจากการที่มีรอยโรคในไต

การวินิจฉัย

เมื่อผู้ป่วยมาพบด้วยอาการนำต่างๆ ดังข้างต้น คือ (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 145-146)

1. การวินิจฉัยทั่วไป ชักประวัติช่วงความถี่ และลักษณะของความเจ็บปวด
2. Urine analysis มักจะพบเม็ดเลือดแดง แต่จะมีถึงหนึ่งในสามที่ไม่พบเม็ดเลือดแดงในการตรวจปัสสาวะครั้งแรก และมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 4 ที่มีปัสสาวะสีเลือด
3. Plain KUB จะตรวจพบนิ้วทั้งหลายที่มีแคลเซียมเป็นส่วนผสม ถ้ามีแคลเซียมมาก ก็จะเห็นก่อนนิ้วชัดตามปริมาณของแคลเซียม อาจจะมีนิ้วบางชนิดที่ทึบแสงเมื่อมีขนาดใหญ่ แต่อาจมองไม่เห็นถ้าขนาดเล็ก เช่น นิ้ว Cystine สำหรับนิ้วกรดยูริกเป็นนิ้วไม่ทึบแสง
4. Intravenous pyelography (IVP) ใช้ในการตรวจหานิ้วไม่ทึบแสง หรือบ่งชี้ถึงตำแหน่งที่ชัดเจนของนิ้ว มีข้อควรระวังอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคนี้ในไตเพราะผู้ป่วยมักมีอาการของไตที่ผิดปกติอยู่แล้ว อาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้นได้โดยเฉพาะเมื่อฉีดสีที่มีความเข้มข้นเข้าไป
5. Ultrasonography เป็นการตรวจที่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย มีข้อจำกัดคือต้องใช้ผู้ชำนาญและนิ้วที่ตรวจพบได้มักต้องมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 5 มม. และมีความหนาพอสมควร

การกำจัดนิ่วออกจากร่างกาย

การกำจัดนิ่วออกจากร่างกายจะทำได้โดยวิธีใดนั้น ขึ้นกับขนาดตำแหน่ง และชนิดของนิ่วแบ่งได้เป็น (ประสิทธิ์ พุตระกูล. 2537 : 145 - 146)

ก. ผู้ป่วยที่มีนิ่วแต่ไม่มีอาการ

1. นิ่วที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 0.5 ซม. ในตำแหน่งใดก็ตาม ยกเว้นเนื้อไต มีโอกาสที่จะหลุดออกเองได้ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้หลุดได้เองโดยการให้ดื่มน้ำมากๆ และให้มีการออกกำลังกาย

2. นิ่วที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 - 2.0 ซม. ที่อยู่ในกรวยไต หรือท่อไตส่วนบน ควรรักษาโดยการสลายนิ่ว

ข. ผู้ป่วยที่มีนิ่วและมีอาการ ให้การรักษาขั้นต้นเพื่อลดอาการทุกข์ทรมานก่อน แล้วจึงพิจารณาดำเนินการกำจัดนิ่วออกจากร่างกาย ซึ่งมีวิธีการหลายวิธี ทั้งโดยการผ่าตัดและเทคนิคไม่ต้องผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1. Endoscopic (Cystoscopic) stone removal ในกรณีที่นิ่วอยู่ในท่อไต สามารถเอานิ่วออกได้โดยสอดกล้องผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะและสอดสายสวนผ่านเข้าท่อไต และคีบเอานิ่วออก กรณีที่ใหญ่เกินกว่าที่จะคีบออกได้โดยตรง ก็อาจจะขบให้แตกก่อนแล้วคีบออก

2. Nephrolithotomy คือ การผ่าตัดเอานิ่วออกโดยผ่าตัดด้านที่เป็นเนื้อไตเข้าไป ใช้ในกรณีที่นิ่วมีขนาดใหญ่ ข้อดีของวิธีนี้คือ สามารถเอานิ่วออกได้หมด ส่วนข้อเสีย คือ มีการทำลายเนื้อไตและลดประสิทธิภาพการทำงานของไตลงประมาณร้อยละ 20 ของไตข้างนั้น

3. Pyelolithotomy คือ การผ่าตัดเอานิ่วในไตออกโดยผ่าตัดด้านกรวยไตเข้าไป การผ่าตัดด้วยวิธีนี้เป็นการผ่าตัดที่มีผลเสียต่อไตน้อยกว่าการผ่าตัดวิธีอื่น เหมาะสำหรับนิ่วในไตขนาดเล็ก และกรวยไตอยู่นอกเนื้อไต

4. Nephrectomy การผ่าตัดไตออกเพื่อการรักษาโรคไตในไตก็เป็นวิธีหนึ่งที่น่าใช้โดยทั่วไป ข้อบ่งชี้ที่ต้องตัดไตทิ้ง ก็คือ ไตเป็นหนอง (Pyonephrosis) หรือเนื้อไตบางมากไม่อาจเย็บได้ หรือมีเลือดออกมากและไม่สามารถหยุดการออกของเลือดได้

5. Percutaneous nephrolithotripsy การกำจัดนิ่วออกโดยผ่านรูที่ผิวหนัง วิธีนี้คือการใช้เข็มเจาะรูจากผิวหนังเข้าไปสู่ไตผ่านเนื้อไตเข้าสู่กรวยไต และค่อยๆ ขยายรูให้ใหญ่ขึ้นเพื่อสอดเครื่องส่องเข้าไปหานิ่วและคีบออกมา

6. การสลายนิ่วด้วย Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) คือ การใช้คลื่นเสียงพลังสูงผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อเข้าไปกระแทกนิ่วโดยตรง สามารถใช้ได้กับนิ่วในไตและท่อไตส่วนบน คลื่นเสียงทำให้นิ่วนั้นแตกเป็นผงหรือมีขนาดเล็กลง และถูกขับออกมาปนกับปัสสาวะได้โดยผู้ป่วยไม่มีบาดแผล จะใช้ได้ผลนิ่วควรมีขนาดไม่เกิน 2 ซม.

การกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ

โรคหัวใจทางเดินปัสสาวะส่วนบนมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) ได้มาก ซึ่งต่างจากโรคหัวใจกระเพาะปัสสาวะ ที่จะไม่พบการกลับการกลับเป็นซ้ำ มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่า โรคหัวใจทางเดินปัสสาวะส่วนบนมีอัตราเกิดโรคหัวใจเป็นซ้ำตลอดระยะเวลาที่มีชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30-70 โดยเฉพาะการเกิดเป็นโรคหัวใจกลับเป็นซ้ำในครั้งแรกจะมีอัตราที่สูงมาก ถึงร้อยละ 55 (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 39) ในประเทศไทยมีการศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำ คณะวิจัยโดย นายแพทย์สมบัติ บวรผดุงกิตติ ทำการวิจัยในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดหรือสลายก้อนนิ่วเมื่อติดตามผลการรักษาภายในระยะเวลา 2 ปี จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 40 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่ของการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ เกิดจากการกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม และการกลับไปมีพฤติกรรมเช่นเดิม ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่รับประทานไม่เปลี่ยนแปลงไป ยังคงรับประทานเช่นเดิมซึ่งอาจมีสารก่อให้เกิดการตกตะกอนเป็นนิ่วมากขึ้นไป รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 39)

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของโรคหัวใจในไตกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) จำแนกตามชนิดของก้อนนิ่ว

ชนิดของก้อนนิ่ว	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนที่กลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ
นิ่วยูริก	2,577	1,685	65
นิ่วซีสทีน	181	115	64
นิ่วดีดเชื้อ	372	198	53
นิ่วแคลเซียม	13,338	5,686	43

ที่มา: พจน์ ศรีบุญลือ. (2543). โรคหัวใจในไต : ความรู้พื้นฐาน สาเหตุ การวินิจฉัย การป้องกัน. หน้า 45.

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

มีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม และการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารให้เหมาะสมกับโรคผู้ป่วย

1. การเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดอื่นใด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคนี้วัน ทั่วทุกประเภทดื่มน้ำมาก จนมีปัสสาวะอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน ผู้ป่วยควรดื่มน้ำ 2 แก้วหลังอาหารทุกมื้อ อีก 2 แก้ว ระหว่างมื้ออาหาร และอีก 1 - 2 แก้วก่อนนอน เมื่อมีปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้นจะทำให้ความเข้มข้นของสารต่างๆ ในปัสสาวะที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อนิ่วลดลง แต่ก็ทำให้ความเข้มข้นของสารต่างๆ ในปัสสาวะที่มีคุณสมบัติเป็นสารยับยั้งการเกิดนิ่วลดลงตามด้วย

มีรายงานการศึกษาผู้ป่วยโรคนี้ทางเดินปัสสาวะชาวตะวันตกที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดนิ่ว คือ ปริมาณสารก่อนิ่วในปัสสาวะมาก มีค่าความอึดตัวของสารเหล่านี้อยู่ในสภาพอึดตัวยอดเยี่ยม ดังนั้นเมื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ดื่มน้ำมากๆ ขึ้นจะเกิดผลดี คือ ทำให้ระดับความเข้มข้นของสารก่อนิ่วในปัสสาวะลดลงและมีโอกาสเกิดโรคนี้เป็นซ้ำลดลงไม่ว่าจะเป็นโรคนี้ชนิดใดก็ตาม

2. การบริโภคอาหาร การเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหารที่บริโภคอาจมีผลมากหรือน้อยต่อปริมาณสารก่อนิ่วหรือยับยั้งการเกิดนิ่วในปัสสาวะ ขึ้นกับเมทาบอลิซึมของสารนั้นในร่างกาย ซึ่งอาจจะแบ่งได้ชนิดของนิ่วที่พบได้บ่อยดังนี้

- นิ่วยูริก ควรลดบริโภคอาหารที่มีพิวรีนมาก เพราะพิวรีนเป็นสารที่มีในกรดนิวคลีอิกของเนื้อเยื่อทุกชนิด และเป็นสารต้นกำเนิดของกรดยูริก อาหารที่มีพิวรีนมาก ได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนื้อสัตว์ทุกชนิด และเมล็ดพืช การบริโภคอาหารประเภทนี้จำนวนมาก จะทำให้ร่างกายสร้างกรดยูริกมาก และมีการขับกรดยูริกทางปัสสาวะมากตาม

การบริโภคเครื่องในสัตว์ทุกชนิดจำนวนมาก จะทำให้ไตต้องขับกรด (Acid ash) ในรูปสารประกอบซัลเฟตและฟอสเฟตมากตาม ปัสสาวะจะเป็นกรดมากขึ้น มี ค่า pH ลดลง ทำให้กรดยูริกในปัสสาวะมีโอกาสตกผลึกได้ง่ายขึ้น การมีกรดยูริกในปัสสาวะมากยังช่วยส่งเสริมให้สารแคลเซียมออกซาเลตในปัสสาวะตกผลึกได้ง่ายขึ้นกว่าเมื่อมีกรดยูริกในปัสสาวะน้อย

- นิ่วซิสติน เป็นโรคนี้ที่พบได้น้อยเมื่อเทียบกับนิ่วชนิดอื่น แต่เมื่อเป็นแล้วจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง เป็นนิ่วที่พบว่ามีคุณสมบัติของโปรตีนขนส่งของกรดอะมิโนซิสทีน รวมทั้งกรดอะมิโนที่เซลล์หลอดไตฝอย ทำให้มีซิสทีน และกรดอะมิโนขับออกมาในปัสสาวะมาก และซิสทีนมีคุณสมบัติละลายน้ำจำกัด ดังนั้นการเพิ่มการดื่มน้ำให้มากเพื่อเพิ่มการละลายและเพิ่ม pH ของปัสสาวะให้มากกว่า 7 จะช่วยควบคุมภาวะปัสสาวะมีซิสทีนมากได้ดี

- นิ่วติดเชื้อ เกิดจากการติดเชื้อชนิดที่ผลิตเอนไซม์ Urease ซึ่งจะสลายยูเรียในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นแอมโมเนีย และทำให้เกิดนิ่วชนิดแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต

หรือนิวสตรูไวต์ (Struvite stone) ควรแนะนำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ โดยหวังว่าจะทำให้มีโอกาสดเกิดนิ่วชนิดนี้น้อยลง แต่เนื่องจากอาหารที่มีฟอสเฟตสูงมักเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงด้วย ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ และเมล็ดพืช ซึ่งโดยทั่วไปคนไทยไม่คุ้นเคยการบริโภคเนื้อสัตว์หรือนมจำนวนมากอยู่แล้ว จึงคงไม่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยโรคนี้ชนิดนี้ลดการบริโภคฟอสเฟตลงอีก เพราะอาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้ หากผู้ป่วยบริโภคสารอาหารฟอสเฟตไม่พอ

- นิ่วแคลเซียม เป็นนิ่วที่พบได้บ่อยมากในกลุ่มผู้ป่วยนิ่วในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่โพแทสเซียมและซีเตรตสูง ได้แก่ นมและผลไม้กรณีที่ผู้ป่วยโรคนี้ ไม่นิยมดื่มนม เนื่องจากมีอาการท้องอืด ท้องเสีย จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้เพิ่มขึ้น ผลไม้ที่มีปริมาณโพแทสเซียมและซีเตรตสูง หาได้ง่าย ราคาไม่แพง และเหมาะสมสำหรับการบริโภคจำนวนมาก คือ กล้วย ส้ม มะขามสุก มะเขือเทศ

จากข้อมูลดังกล่าวนี้จะพบว่านิ่วในแต่ละชนิดนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับชนิดต่างๆ ของอาหารที่แตกต่างกัน ดังนั้นการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วนั้น ย่อมมีการหลีกเลี่ยงอาหารที่แตกต่างกัน (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 39) ดังปรากฏตามตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 4 แสดงการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหารตามชนิดการวินิจฉัยโรคนี้ในไต

โรค	การเปลี่ยนแปลงชนิดอาหารที่บริโภค
นิ่วยูริก	หลีกเลี่ยงอาหาร High protien เช่น เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ทุกชนิด
นิ่วติดเชื้อ	หลีกเลี่ยง High phosphate diet ได้แก่ เนื้อ นม และเมล็ดพืช
นิ่วแคลเซียม	หลีกเลี่ยง High calcium diet ได้แก่ นม และผลิตภัณฑ์จากนม High salt และ High meat diet

ที่มา : พจน์ ศรีบุญลือ. (2543). โรคนี้ในไต : ความรู้พื้นฐาน สาเหตุ การวินิจฉัย การป้องกัน. หน้า 40.

พฤติกรรม การดูแลตนเอง

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2535 : 97) ได้กล่าวว่า “พฤติกรรม” หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น หรือปฏิกิริยาภายในที่มีต่อสถานการณ์หรือในเหตุการณ์ ซึ่งรวมเจตคติ ค่านิยม ความรู้ บางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 155) ได้ให้ความหมายของ “พฤติกรรม” ว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มีมนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและจะเห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็มีสาเหตุเช่นกัน อาจเกิดจากลักษณะของตัวบุคคลนั้น เกิดจากสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย หรือเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรค การที่บุคคลจะเกิดโรคใดๆ ที่สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ เป็นสำคัญ เมื่อบุคคลเกิดโรคแล้วและต้องการที่จะหายจากโรคบุคคลนั้นก็ต้องปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคนั้นๆ (เพ็ญใจ สุริยะไพศาล. 2541 : 19)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

คำศัพท์ การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำ “ดูแล” คือ เอาใจใส่ รักษา ปกครอง กับ “ตนเอง” คือ ตัวคน ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายไว้ ซึ่งเมื่อรวมคำแล้วพบว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การเอาใจใส่ในตัวเอง หรือปกป้องรักษา ปกครองตนเอง รวมทั้งเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ที่เป็นการเต็มใจของบุคคล เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การควบคุมหรือรักษาโรค ซึ่งการดูแลตนเองอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในบุคคล หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้ (Levin. 1986 ; citing Hill and Smith. 1985 : 9. *Self-Care. American Journal of Nursing.* p. 478-489)

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองจึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตนเองในด้านการพยาบาล และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มีให้ความสนใจศึกษานำมาประยุกต์ใช้

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Health prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

โอเรม (Orem. 1991 : 112) มองการดูแลตนเองกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำ คือการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการดูแลตนเอง และเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย (Deliberatic action) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ รวมทั้งได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 สถานะ คือ 1. การดูแลตนเองในภาวะปกติ 2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ 3. การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองว่า 1)เพื่อเป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข 2)เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3)เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4)เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5)เพื่อส่งเสริมความผาสุก

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ประมวลเป็นคำจำกัดความการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเอง และการปฏิบัติติดตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว

สมทรง รัชส์เผ่า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10 -11) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติขึ้นโดยมีจุดหมาย เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และกลุ่มร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค รวมทั้งการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

กล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

การดูแลรักษาแบบทั่วไป

การดูแลรักษาแบบทั่วไป คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับโภชนาการ ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยโรคนี้ทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุ และไม่ทราบสาเหตุหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อหวังผลอย่างเดียวนั้นคือการป้องกันการเป็นซ้ำ อนึ่งการดูแลรักษาแบบทั่วไปนี้ยังใช้ได้ ในรายที่ไม่สามารถกำจัดนิ่ว หรือไม่ประสงค์จะรักษาโดยการผ่าตัด โดย พจน์ ศรีบุญเรือง (2543 : 273) กล่าวถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วไว้ดังนี้

1.การตื่นนอนแต่เช้าและออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานส่วนเกินออกไปจะได้ไม่อ้วน การไหลเวียนของเลือด การทำงานของปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ ไขข้อ และอวัยวะต่างๆ เป็นไปด้วยดี

2.การได้รับน้ำเป็นปริมาณมาก การได้รับน้ำปริมาณมากเป็นวิธีการเดียวที่ได้รับยอมรับโดยทั่วไปว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดนิ่วทุกประเภท วิธีการได้รับน้ำควรจัดให้ได้รับเฉลี่ยพอๆ กันทุกวัน วิธีการที่ง่ายที่สุดคือ การดื่มน้ำ โดยควรแนะนำให้ผู้ป่วยถือปฏิบัติดังนี้ คือ ให้ดื่มน้ำขณะรับประทานอาหารมื้อละ 2 แก้ว และให้ดื่ม 1 แก้วในระหว่างมื้อและก่อนนอน

3.การปฏิบัติตนเกี่ยวกับระบบการขับถ่ายและการขับของเสียให้ปกติ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการขับของเสียให้ปกติ เป็นการคงสภาพของไตที่เกี่ยวกับการขับของเสีย ให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สำหรับการดำเนินชีวิต

4.การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตควรมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจร่างกาย ตรวจเลือดและตรวจทางรังสีเป็นการติดตามการดำเนินของโรค และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว หรือปวดหลัง ปัสสาวะเป็นสีเลือด หรือบางครั้งอาจมีกลิ่นในปัสสาวะ หรือท้องอืด ในผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการรักษาด้วยการสลายนิ่ว ควรสังเกตสีปัสสาวะหรือมีเม็ดกรวดทรายปนอยู่หรือไม่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ส่วนประกอบ

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดกรดยูริก

การเกิดนิ่วชนิดกรดยูริก บางครั้งมักเกิดร่วมกับโรคเกาต์ และอาหารที่บริโภคอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดนิ่วในไตได้ สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงคือไม่ควรบริโภคเครื่องในสัตว์ และควรลดอาหารโปรตีน ของหมักดอง เบียร์ ของมีนเมาที่มีแอลกอฮอล์ เพราะสิ่งต่างเหล่านี้จะเพิ่มสารพิวรีนในเลือด สารพิวรีนเป็นต้นตอของกรดยูริก ผลที่เกิดตามมาคือจะมีภาวะกรดยูริกในเลือดสูง เมื่อกรดยูริกอยู่ในภาวะเหมาะสม คือปัสสาวะมีความเป็นกรดก็จะตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในไต

วีระสิงห์ เมืองมัน (2535 : 12 – 22) กล่าวว่า การป้องกันนิ่วกรดยูริกนั้น เพียงแต่ป้องกันพฤติกรรมบริโภคจะป้องกันโรคนี้ได้เป็นส่วนใหญ่ ลักษณะคนที่เป็นนิ่วกรดยูริกมักจะเป็นคนอ้วน หลักสำคัญในการป้องกันนิ่วชนิดนี้ได้แก่

1. การเลือกรับประทานอาหารที่มีใยพืชมาก การเลือกรับประทานอาหารที่มีใยพืชมาก เพื่อลดพลังงานและกระตุ้นระบบการย่อย การเคลื่อนไหวของกระเพาะ ลำไส้ อาหารที่มีใยพืชมากๆ ได้แก่ ข้าวและเมล็ดพืชต่างๆ เช่น ถั่ว ข้าวโพด ลูกเดือย งา เมือก เมล็ดฟักทอง เมล็ดแมงลัก มะม่วง ลำไย มังคุด ส้ม กล้วย รวมทั้งผักสีเขียวทุกชนิด และถั่วที่เป็นผัก

2. การลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเครื่องในสัตว์ รวมทั้งอาหารทะเล เมล็ดพืช ของหมักดองที่ใช้ยีสต์ในการหมัก รวมทั้งเบียร์ก็ให้กรดยูริกสูงมาก เพราะอาหารดังกล่าวสลายตัวให้กรดยูริกในอัตราที่สูงมาก เนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทนี้ร่างกายจะสร้างกรดยูริกมาก และมีการขับกรดยูริกทางปัสสาวะมากตาม ดังนั้นควรรับประทานอาหารประเภทปลาหรือถั่วแทน อาหารโปรตีนของผู้ป่วยโรคนี้ในไตชนิดกรดยูริก ไม่จำเป็นต้องมาจากเนื้อสัตว์ เพราะโปรตีนจากพืชตระกูลถั่วสามารถทดแทนได้เพียงพอ

3. การตรวจระดับกรดยูริก หน้าที่ของไตและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติกรดยูริกในเลือดไม่ควรเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้ชาย และไม่ควรเกิน 6 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้หญิง

4. การลดน้ำหนักตัว ผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกรดยูริกสูง หรือเคยเป็นนิ่วกรดยูริกมาแล้ว ควรปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในการลดน้ำหนัก ลดบริโภคเนื้อสัตว์ งดเครื่องในสัตว์และของหมักดอง และรับประทานยาที่เพิ่มความเป็นด่างในปัสสาวะ ได้แก่ โซดาไบคาร์บอเนต เพื่อช่วยให้กรดยูริกละลายในปัสสาวะได้ง่ายขึ้น จะได้ไม่ตกตะกอนเป็นนิ่วในไตได้

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดซีสทีน

พจน์ ศรีบุญเรือง (2543 : 273) กล่าวถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดนี้ไว้ว่า เหมือนกับการดูแลตนเองทั่วไป เนื่องจากเป็นนิ่วที่พบที่มีความผิดปกติของโปรตีนขนส่งของกรดอะมิโนซีสทีนรวมทั้งกรดอะมิโนที่เซลล์หลอดไตฝอย ทำให้มีซีสทีนและกรดอะมิโน ขับออกมาในปัสสาวะมาก และซีสทีนมีคุณสมบัติละลายน้ำจำกัด ดังนั้นควรเน้นที่การเพิ่มการดื่ม

น้ำให้มากเพื่อเพิ่มการละลาย และเพิ่ม pH ของปัสสาวะให้มากกว่า 7 จะช่วยควบคุมภาวะปัสสาวะมีชีสหินมากได้ดี

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดติดเชื้อ

พจน์ ศรีบุญเรือง (2543 : 273) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดนี้ที่นอกเหนือจากการดูแลตนเองทั่วไปไว้ว่า

ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ โดยหวังว่าจะทำให้มีโอกาสเกิดนิ่วชนิดนี้น้อยลง แต่เนื่องจากอาหารที่มีฟอสเฟตสูงมักเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงด้วย ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ และเมล็ดพืช ซึ่งโดยทั่วไปคนไทยไม่คุ้นเคยการบริโภคเนื้อสัตว์หรือนมจำนวนมากอยู่แล้ว จึงคงไม่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยโรคนี้ลดการบริโภคฟอสเฟตลงอีก

แต่โดยทั่วไปนิ่วเกือบทั้งหมดเป็นนิ่วแคลเซียมออกซาเลต ดังนั้น วิธีการนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การพยายามลดปริมาณของแคลเซียมและออกซาเลตในปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะอัมตวยังยวดและพยายามทำให้ตัวห้ามออกฤทธิ์ได้ดี และลดตัวเสริม

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วแคลเซียมออกซาเลต

ประสิทธิ์ พูตระกูล (2537 : 154 - 155) กล่าวถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วชนิดนี้ที่แตกต่างไปจากการดูแลทั่วไปและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันนิ่วชนิดอื่น ดังนี้

1. การกำจัดอาหารที่มีออกซาเลตสูง การควบคุมอาหารที่มีออกซาเลตสูงจะมีประโยชน์ในสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดนิ่วแคลเซียมออกซาเลต แต่พบว่าที่มีประโยชน์ชัดเจน คือ ภาวะที่มีการดูดซึมออกซาเลตได้มากผิดปกติ อาหารที่ปริมาณออกซาเลตสูง ได้แก่ ชา , ซ็อกโกแลต และผลไม้เปลือกแข็ง (Nuts) รวมทั้งผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางชนิด เช่น ผักแพ้ว ใบชะพลู

2. การกำจัดอาหารที่มีแคลเซียมสูง การกำจัดอาหารที่แคลเซียมสูงไม่มีความจำเป็น และจะกลับเป็นโทษทำให้ออกซาเลตสามารถถูกดูดซึมได้ง่ายขึ้นถ้าในทางเดินอาหารมีแคลเซียมน้อย อย่างไรก็ตาม การได้รับอาหารที่มีแคลเซียมมาก (มากกว่า 1 กรัมต่อวัน) ก็ควรหลีกเลี่ยง และสามารถทำให้เกิดภาวะ Hypercalciuria

3. การจำกัดอาหารที่โซเดียมสูง การจำกัดอาหารให้น้อยกว่า 200 mEq หรือที่ดีที่สุด ให้ประมาณ 100 mEq หรือในรูปเกลือแกง 5.85 กรัมต่อวัน ทำให้ Proximal renal tubule ดูดซึมโซเดียมกลับเป็นอย่างมาก และในขบวนการดังกล่าวจะดูดซึมแคลเซียมกลับด้วย การจำกัดอาหารโซเดียมอย่างง่าย คือ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารหมักดอง

4. การจำกัดอาหารเนื้อสัตว์ การได้รับอาหารโปรตีนจำนวนมาก ทำให้มีการผลิตกรดในร่างกายนานขึ้นมีผลให้ต้องมีการขับกรดออกในปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งจะไปลดการดูดซึม

แคลเซียมกลับ พร้อมกับมีผลทำให้ระดับซีเตรตในปัสสาวะมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับอาหารโปรตีนยังทำให้มีออกซาเลตและกรดยูริกในปัสสาวะมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามไม่ควรเลี้ยงเนื้อสัตว์โดยรับประทานแต่ผักอย่างเดียว อาจทำให้ได้รับผักที่มีออกซาเลตมากเกินไป

5. การหลีกเลี่ยงยาที่อาจทำให้เกิดนิ่ว ยาต่างๆ นั้น เช่น วิตามินซี วิตามินดี และสารประกอบแคลเซียม อาจทำให้เกิดนิ่วได้ โดยเฉพาะวิตามินซีปริมาณมากอาจทำให้มีการผลิตออกซาเลตมากขึ้น และวิตามินดีอาจมีผลให้มี Hypercalciuria

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ่วในไต ซึ่งได้มีผู้วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้ คือ

โอเวน (Owen. 1970 : 502) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 148 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรง และความน่ากลัวพร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปตรวจโรคในระยะเริ่มแรก หลังจากนั้นก็มี การวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2 ให้ได้รับข่าวสารแบบธรรมดาไม่เน้นความน่ากลัวเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

แอนเดอร์เซน (Andersen 1980 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ ทางด้านระบาดวิทยาที่เป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดนิ่วในไต พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานอาหารที่รับประทานเข้าไปมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิดนิ่วในไตมากกว่าปัจจัยอื่นๆ

กัวร์สกี และคนอื่นๆ (Gaurask and others. 1987 : 413 – 423) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเพิ่มขึ้น จากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเองเข้าอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษา หรือแสวงหาวิธีเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาดูแล จะทำให้เกิดความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการถ่ายทอดปรึกษา หรืออาการของตนเองสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการป่วยนั้นๆ โดยที่

ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตนเองจากผลการรักษา อาการข้างเคียงจากการรักษา ความพึงพอใจต่อการบำบัดรักษา และข้อมูลเหล่านั้นมาประมวลเข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

วายเบอร์เกอร์, กรีน, แมนลินและเจอร์น (Wineberger, Greene, Manlin & Jerin. 1981 : 1253-1255) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในบุคคลที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่พบว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพ ส่วนบุคคลที่สูบบุหรี่มีการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ แต่ไม่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

เวบบ์และคนอื่นๆ (Webb and others. 1984 : 633-643) ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แชมเปียน (Champion. 1991 : 733-739) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในผู้หญิงตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้ โดยเนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นว่าสิ่งยุ่งยาก การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก็จะลดต่ำลง

ทูและบา (To & Ba.1991 : 249 - 251) ได้ศึกษาพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการหยุดรักษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเกิดการขาดแรงจูงใจอันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและพบอุปสรรคในการไปรักษา ผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ขาดความตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 78 คิดว่าการไม่มีอาการได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เป็นการบ่งถึงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้

ลี (Lee. 2000 : 168-175) ศึกษาความรู้ สิ่งชักนำและแรงจูงใจที่สัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกของสตรีชาวอเมริกันเชื้อชาติเกาหลี่ จำนวน 102 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองต่ำ เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก (Papsmear) คือการไม่มีเวลาในการมาตรวจ เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ต้องทำงานวันละหลายชั่วโมง และค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื่องจากไม่มีการประกันสุขภาพและกลัวการตรวจ

งานวิจัยในประเทศ

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาค้นคว้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ซึ่งได้มีผู้วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้

ธวัชชัย คำทอง (2533 : 128 – 145) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ (2533 : 175 – 206) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรักษา เป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายที่สุด ร้อยละ 93.60 ของความเจ็บป่วยทั้งหมด การรักษาตนเองเป็นอันดับแรก ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ร้อยละ 87.60 ของความเจ็บป่วยรักษาหายได้ โดยการดูแลสุขภาพหรือการรักษาตนเอง

ประยงค์ สัจจพงษ์. (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากร กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีการดูแลตนเองในระดับดี

ประกาศรี ภูวเสถียร (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ของสารอาหารที่ได้รับของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กับ การเกิดนิ่วในไต และโรคไตที่ซับซ้อนไม่ได้ พบว่าการได้รับสารอาหารบางชนิดต่ำเป็นเวลานานติดต่อกันนานๆ โดยเฉพาะสารยับยั้งการเกิดนิ่วในไต มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ที่ไตได้

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองกรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ชาย หญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาเพศทำให้เกิดความแตกต่างทางเสรีภาพในบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วยในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้ปกครองครัว เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแล

ศิริพร เสาวรส (2538 : 117 – 124) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับเกณฑ์ดี

สาลิ พิกุลทอง (2539 : 160 – 162) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 185) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี

อัสรา อารณ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 235 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 – 104) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 350 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์ดี

อัจฉรา จังพานิช (2541 : 149) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 232 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 100-107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 113 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล การดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็กและค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุ 40 – 60 ปี ขึ้นไป เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จึงแสวงหาแนวทางเพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น มีการรับรู้และสนใจที่จะป้องกันความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อลดความไม่สุขสบายนั้น ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี

ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และกิติมา จันทรโอ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 55 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะในการดูแลตนเองน้อย โดยประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองว่ามีความจำเป็น การกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ยากลำบาก และมีคุณภาพชีวิตอยู่

ดิรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 69-71) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 119) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้

อัมพร จันทรดา (2544 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 290 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่การรับรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการเฝ้าดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องดูแลที่บ้านอย่างใกล้ชิด ย่อมมีประสบการณ์การเรียนรู้ในเรื่องโรคเอดส์ ตลอดจนวิธีช่วยเหลือวิธีช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับภาวะการดำเนินโรค ในขณะเดียวกันก็ต้องระมัดระวังการติดเชื้อโรคและภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วย โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล และบริการต่างๆที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ จึงสนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคและกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตนเองอยู่ในระดับดี

ปิยะรัตน์ โตสุขโวงค์และคนอื่นๆ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษากลไกการเกิดนิวสภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในอีสาน พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคนี้ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ 1. บริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำเป็นจำนวนมากในแต่วันออก เช่น ข้าวเหนียวหนึ่ง ขนมหจีน 2. บริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงเป็นจำนวนน้อย เช่น เนื้อสัตว์ ผลไม้ หรืออาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์ของถั่วต่างๆ 3. สูญเสียโพแทสเซียม และแร่ธาตุไปทางเหงื่อมากจากสภาพแวดล้อมหรือที่มีอากาศร้อน 4. สภาวะพร่องโพแทสเซียมในอีสานแก้ไขได้ ถ้ามีการปรับเปลี่ยนการบริโภค

ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณและคนอื่นๆ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ช่วงสิงหาคมถึงธันวาคม 2543 จำนวน 230 ราย พบว่า ผู้ป่วยเป็นชายมากกว่าหญิงอัตราส่วน 1.8 : 1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 50 ปี จบการศึกษาประถมศึกษา อาชีพทำนา ดื่มน้ำบ่อ บริโภคผักและผลไม้ในท้องถิ่น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ปราศจากการกลับเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคนั้น ควรมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สิ่งที่จะแตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่มารับการบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ น่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรค
นิ้วในไคที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในไคซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 1,800 ราย โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่กลับมาใช้บริการ ด้วยโรคนิ้วในไคกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 720 รายและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 1,080 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในไคซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 317 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางเลขสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 : 607 – 610) ได้แก่

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนิ้วในไคและกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการคิดเป็นสัดส่วนจำนวน 127 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนี้ในไตและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จากการคิดเป็นสัดส่วน จำนวน 190 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Krejcie และ Morgan

2. วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 –2545

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม Questionnaire ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีเนื้อหา แนวความคิด เกี่ยวกับโรคนี้ในไต จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย การวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินทางสุขภาพศึกษา

3. สร้างแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ตอน คือ

3.1 ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตจำนวน 80 ข้อ

4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 67 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วตามข้อ 5 ไปทดลองใช้ (Try out) กับ
ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 47 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ลักษณะ
คำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ
ประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านต่างๆที่ข้อคำถาม
เป็นทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	2	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผล ดังนี้

(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
พร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5

ท่าน ตรวจสอบแก้ไขเพื่อดูความถูกต้องตลอดจนความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ตามเนื้อหาเป็นรายข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ +1

ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ 0

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ -1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา โดยใช้สูตร IC เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ หรือมากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.50 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก ได้ข้อคำถามจำนวน 67 ข้อ

2. การวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 - 117) ได้ข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 47 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 – 0.78

3 การหาค่าความเชื่อมั่นรายข้อ (Reliability) ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต ที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพ ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคหัวใจในไตกลับเป็นซ้ำ และคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วสุ่มเลือกตามระบบตามที่กำหนดไว้

3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ที่ได้รับคัดเลือกไว้แล้วตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยการสอบถามผู้ป่วยจนแน่ใจว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ต้องการ

4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้น

5. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ จัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 2 ตอน ที่สมบูรณ์ นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ตรวจให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ เป็นคำร้อยละตามตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา

3.2 วิเคราะห์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และคำร้อยละของข้อมูล แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 คำร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ P แทน คำร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 41)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 79)

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

- เมื่อ S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
- $n\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
- $(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 116)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา และแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาหาค่าโดยใช้สูตร IC

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

- เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
- $\sum R$ แทน คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
- N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach)

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

เมื่อ α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
$\sum S_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 166)

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

โดยมี

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

เมื่อ t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
x_1, x_2	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ(Degree of freedom)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t – distribution
p	แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 127 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำจำนวน 190 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิลำเนา โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิลำเนา โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 5 ,6

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ ดังปรากฏตามตาราง 7

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าเฉลี่ย

ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบ
ความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 8

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย
การทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคนี้ในไต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังปรากฏตามตาราง 5 ,6

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนี้ในไตจำนวน 317 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิสำเนา

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	200	63.09
หญิง	117	36.91
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	53	16.72
40 –59 ปี	210	66.25
มากกว่า 59 ปี	54	17.03
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	41	12.93
ประถมศึกษา	119	37.54
มัธยมศึกษา	80	25.24
อุดมศึกษา	77	24.29
4. อาชีพ		
ค้าขาย หรือ ธุรกิจ	58	18.29
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	53	16.72
รับจ้าง	115	36.28
เกษตรกรรวม	44	13.88
ไม่ประกอบอาชีพ	47	14.83

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	ก	ร้อยละ
5. รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	91	28.70
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	80	25.24
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	67	21.14
13,001 บาทขึ้นไป	79	24.92
6. ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ	58	18.29
ภาคกลาง	92	29.02
ภาคตะวันออก	47	14.83
ภาคเหนือ	51	16.09
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	60	18.93
ภาคใต้	9	2.84
รวม	317	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 317 คน จำแนกตามตัวแปรดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.09 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 36.91

อายุ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 66.25 รองลงมาเป็นอายุมากกว่า 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.03 และอายุน้อยกว่า 40 คิดเป็นร้อยละ 16.72

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.54 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.24 ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24.29 และต่ำสุดคือระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.93

อาชีพ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.28 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.29 อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 16.72 ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 14.83 และจำนวนน้อยสุด คือ อาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 13.88

รายได้ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 28.70 รองลงคือรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.24 รายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 24.92 และจำนวนน้อยที่สุดรายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 21.14

ภูมิลำเนา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.02 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.93 กรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 18.29 ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 16.09 ภาคตะวันออกเป็นร้อยละ 14.83 และจำนวนน้อยสุด คือ ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 2.84

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด
จำนวน 127 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด
จำนวน 190 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิสำเนา

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ		ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	86	67.72	114	60.00
หญิง	41	32.28	76	40.00
2. อายุ				
น้อยกว่า 40 ปี	21	16.54	32	16.84
40 –59 ปี	81	63.78	129	67.89
มากกว่า 59 ปี	25	19.68	29	15.27
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	34	26.77	7	3.68
ประถมศึกษา	67	52.76	52	27.37
มัธยมศึกษา	17	13.39	63	33.16
อุดมศึกษา	9	7.08	68	35.79
4. อาชีพ				
ค้าขาย หรือ ธุรกิจ	13	10.24	45	23.68
รับราชการ/พนักงาน	4	3.15	49	25.79
รัฐวิสาหกิจ				
รับจ้าง	45	35.43	70	36.84
เกษตรกรรม	35	27.56	9	4.74
ไม่ประกอบอาชีพ	30	23.62	17	8.95

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ		ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ (ต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 3,000 บาท	62	48.82	29	15.26
3,000 – 8,000 บาท	46	36.22	34	17.90
8,001 – 13,000 บาท	13	10.24	54	28.42
13,001 บาทขึ้นไป	6	4.72	73	38.42
6. ภูมิสำเนา				
กรุงเทพฯ	7	5.51	51	26.84
ภาคกลาง	17	13.39	75	39.47
ภาคตะวันออก	23	18.11	24	12.63
ภาคเหนือ	29	22.84	22	11.58
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	45	35.43	15	7.90
ภาคใต้	6	4.72	3	1.58
รวม	317		100.00	

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 127 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดจำนวน 190 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปรดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.72 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 32.28 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40

อายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 63.77 รองลงมาเป็นอายุมากกว่า 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.68 และจำนวนน้อยสุด คือ อายุต่ำกว่า 40 คิดเป็นร้อยละ 16.54 และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 67.89 รองลงมา อายุต่ำกว่า 40 คิดเป็นร้อยละ 16.84 และจำนวนน้อยสุด คือ อายุมากกว่า 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.27

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.76 รองลงมาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.77 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.39 และต่ำสุด คือ ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 7.08 และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.79 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.16 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.37 และต่ำสุด คือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.68

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.43 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27.56 ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 23.62 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 10.24 และจำนวนน้อยสุด คือ อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 3.15 และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.84 รองลงมาเป็นอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 25.79 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 23.68 ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 8.95 และจำนวนน้อยสุด คือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 4.74

รายได้ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 48.82 รองลงมาคือรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 36.22 รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 10.24 และจำนวนน้อยที่สุดรายได้รายได้มากกว่า 13,000 ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 4.72 และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.42 รองลงมา คือ รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 28.42 รายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 17.90 และจำนวนน้อยที่สุด คือ รายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15.26

ภูมิลำเนา ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 35.43 รองลงมาเป็นภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 22.84 ภาคตะวันออกเป็นร้อยละ 18.11 ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.39

กรุงเทพ คิดเป็นร้อยละ 5.51 และจำนวนน้อยสุด คือ ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 4.72 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.47 กรุงเทพ คิดเป็นร้อยละ 26.84 ภาคตะวันออกเป็นร้อยละ 12.63 ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 11.58 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 7.90 และจำนวนน้อยสุด คือ ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 1.58

ตอนที่2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำ และไม่กลับเป็นภายหลังการผ่าตัด โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกรายข้อ แล้วนำเสนอในรูปตาราง ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ		
	$\bar{x}$	s	ระดับ	$\bar{x}$	s	ระดับ
1.ท่านดื่มน้ำหลังรับประทานอาหาร	1.70	0.50	ดี	1.72	0.53	ดี
2.ท่านดื่มน้ำภายหลังกินนอนอย่างน้อย 1 แก้ว	1.05	0.71	พอใช้	1.61	0.64	ดี
3.ท่านดื่มน้ำก่อนนอน	1.12	0.67	พอใช้	1.73	0.45	ดี
4.ท่านดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารอย่างน้อย 1 แก้ว	1.31	0.68	พอใช้	1.81	0.45	ดี
5.ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	0.95	0.76	พอใช้	1.54	0.56	ดี
6.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1.12	0.48	พอใช้	1.66	0.48	ดี
7.ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ต่างๆ	1.70	0.47	ดี	1.75	0.44	ดี
8.ท่านรับประทานอาหารโดยหมุนเวียนเปลี่ยนชนิดของอาหาร	1.65	0.56	ดี	1.85	0.35	ดี
9.ท่านคอยสังเกตอาการปวดแหว่ปวดหลัง	1.59	0.60	ดี	1.70	1.56	ดี
10.ท่านตรวจสุขภาพประจำปี	0.81	0.55	พอใช้	1.29	0.82	พอใช้
11.ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด	1.85	0.41	ดี	1.81	0.44	ดี
12.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล	1.87	0.35	ดี	1.83	0.40	ดี
13.ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	1.93	0.24	ดี	1.95	0.22	ดี

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ		
	$\bar{x}$	s	ระดับ	$\bar{x}$	s	ระดับ
14.ท่านค้นหาสมุนไพรมารับ ประทานเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ด้วยโรคนี้ในได้อีก	0.31	0.60	ควร ปรับปรุง	0.34	0.59	ควร ปรับปรุง
15.ท่านหาโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับผู้ป่วยโรคนี้ในไดหรือ ผู้มีประสบการณ์	0.37	0.56	ควร ปรับปรุง	0.57	0.62	ควร ปรับปรุง
16.ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตนเองภายหลังการ เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในได	0.84	0.54	พอใช้	1.01	0.64	พอใช้
17.ท่านให้ความสนใจดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย	1.71	0.54	ดี	1.54	0.56	ดี
18.ท่านจะหยุดยาเอง เมื่อมี อาการดีขึ้น	0.64	1.06	พอใช้	1.50	0.74	ดี
19.ท่านจะซื้อยาทานเอง เมื่อมี อาการดีขึ้น	0.81	0.83	พอใช้	1.67	0.57	ดี
20.ท่านติดตามข่าวสารเกี่ยวกับ โรคนี้ในได	1.38	0.78	ดี	1.18	0.81	พอใช้
21.ท่านศึกษาเอกสารเกี่ยวกับ โรคนี้ในไดเมื่อมาพบแพทย์	0.59	0.82	พอใช้	1.24	0.80	พอใช้
22.ท่านออกกำลังกาย ภายหลัง ออกจากโรงพยาบาล	0.85	0.55	พอใช้	1.41	0.61	ดี
23.ท่านติดตามสอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการดูแล ตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็น ซ้ำของโรค	0.43	0.75	พอใช้	1.38	0.78	ดี
24.ท่านจะสอบถามแพทย์ พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ	1.67	0.57	ดี	1.62	0.67	ดี
25.ท่านรับประทานอาหาร ประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ม้าม	1.45	0.58	ดี	1.33	0.69	พอใช้

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ		
	$\bar{x}$	s	ระดับ	$\bar{x}$	s	ระดับ
26.ท่านรับประทานอาหารโปรตีนชนิดอื่น แทนเนื้อสัตว์เช่น เต้าหู้ ถั่ว	1.03	0.41	พอใช้	1.27	0.56	พอใช้
27.ท่านรับประทานถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วฝักยาว ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วเหลือง ถั่วแดง	1.42	0.63	ดี	1.45	0.51	ดี
28.ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา	1.66	0.40	ดี	1.51	0.50	ดี
29.ท่านรับประทานอาหารประเภทเมล็ดพืชเช่นลูกเดือย งา	0.92	0.39	พอใช้	1.09	0.49	พอใช้
30.ท่านรับประทานสัตว์ปีก เช่น ไก่ย่าง เป็ด	0.92	0.52	พอใช้	0.93	0.40	พอใช้
31.ท่านควบคุมอาหารเมื่อพบว่ามีการตกอยู่ในเลือดสูง	0.22	0.49	ควรปรับปรุง	1.10	0.80	พอใช้
32.ท่านสังเกตปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน	1.54	0.66	ดี	1.45	0.67	ดี
33.ขณะทำงานท่านมักกลั้นปัสสาวะ	1.45	0.70	ดี	1.08	0.46	พอใช้
34.ท่านสังเกตลักษณะและสีปัสสาวะของท่าน ภายหลังท่านปัสสาวะ	1.61	0.59	ดี	1.38	0.81	ดี
35.ท่านสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะแสบขัด	1.61	0.57	ดี	1.78	0.44	ดี
36.ท่านทานยาแก้ปวด เมื่อมีอาการปวดบั่นเอว หรือสีข้าง	1.46	0.66	ดี	1.24	0.73	พอใช้
37.ท่านรับประทานอาหารรสเข้มข้น	0.52	0.68	ควรปรับปรุง	0.98	0.62	พอใช้
38.ท่านรับประทานยอดผักชนิดต่างๆ เช่น ใบกระเพรา ยอดขี้เหล็ก ยอดกระถินอ่อน	1.42	0.58	ดี	1.56	0.50	ดี

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ		
	$\bar{x}$	s	ระดับ	$\bar{x}$	s	ระดับ
39.ท่านรับประทานอาหารรสเปรี้ยว โดยใช้มะนาวในการปรุงรส	0.88	0.49	พอใช้	1.60	0.55	ดี
40.ท่านรับประทานผลไม้รสต่างๆ เช่น กัลยัม มะละกอสุก	1.09	0.38	พอใช้	1.32	0.49	ดี
41.ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของมะเขือเทศ	0.87	0.39	พอใช้	0.39	0.49	พอใช้
42.ท่านรับประทานอาหารที่เป็นหน่อไม้ชนิดต่างๆ เช่น หน่อไม้ดอง	0.51	0.60	พอใช้	0.60	0.49	พอใช้
43.ท่านรับประทานผักที่เป็นสมุนไพร เช่น มะระขี้นก	0.48	0.56	พอใช้	0.85	0.61	พอใช้
44.ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น ใบตำลึง ใบกระเพรา	1.19	0.39	พอใช้	1.57	0.49	ดี
45.ท่านดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจียว หรืออื่นๆ	0.71	0.46	พอใช้	0.95	0.57	พอใช้
46.ท่านดื่มน้ำผลไม้ เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม หรืออื่นๆ	0.84	0.46	พอใช้	1.21	0.53	พอใช้
47.ท่านรับประทานอาหารที่เป็นผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.72	0.85	พอใช้	1.45	0.70	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.13	0.15	พอใช้	1.39	0.19	ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดจำนวน127 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดจำนวน 190 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายด้านดังนี้

การดื่มน้ำ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการดื่มน้ำ ซึ่งไม่ว่าจะเป็น การดื่มน้ำภายหลังตื่นนอน การดื่มน้ำก่อนนอน การดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร ล้วนแต่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด
พฤติกรรมการดูแลตนเองในการ อยู่ในระดับพอใช้ แต่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

การรับประทานอาหารทั่วไป ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารทั่วไป ทั้งการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก และการรับประทานอาหารโดยหมุนเวียนเปลี่ยนชนิดของอาหาร ต่างอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดีเช่นกัน

การสนใจดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในการคอยสังเกตอาการตนเองไม่ว่าจะเป็นอาการปวดเอว ปวดหลัง อาการปัสสาวะแสบขัด รวมถึงปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ลักษณะและสีปัสสาวะของทาน รวมถึงการตรวจสุขภาพต่างๆ ทั้งการมาตรวจตามนัด การตรวจประจำปี และการติดตามข่าวสาร การศึกษาเอกสาร ต่างอยู่ในระดับดีและพอใช้ และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเหล่านี้นี้อยู่ในระดับดีและพอใช้เช่นกัน

การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยา อยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งมักจะหยุดยาเอง และจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีอาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด กลับมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

การรับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วในไต ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารประเภทที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วได้ง่าย เช่นเครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ผักที่เป็นหน่อไม้ชนิดต่างๆ ผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาหารที่มีรสเข้มข้น อยู่ในระดับพอใช้ และควรปรับปรุง ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

การรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วในไต ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วในไต เช่นประเภท ปลา เมล็ดพืช ถั่วที่ชนิดต่างๆ ยอดผักชนิดต่างๆ ผลไม้สุกต่างๆ สมุนไพร ล้วนแต่อยู่ในระดับพอใช้ แต่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 1.13$) และผู้ป่วยโรคนี้ใน

ไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่เป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียงดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ และไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1. ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ					
	4	3.20	0.64	0.03	ควรปรับปรุง
	116	91.30	1.13	0.12	พอใช้
	7	5.50	1.37	0.05	ดี
รวม	127	100.00	1.13	0.15	พอใช้
2. ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ					
	0	0	0	0	ควรปรับปรุง
	62	32.60	1.16	0.14	พอใช้
	128	56.20	1.50	0.09	ดี
รวม	190	100.00	1.39	0.19	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.13$, $S = 0.15$)

และผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$, $S = 0.19$)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตาราง 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำ และไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วย	n	$\bar{X}$	S	t	p
ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ	127	1.13	0.15	13.46*	0.000
ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำ	190	1.39	1.89		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังการผ่าตัด จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำ ภายหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ที่ว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

วิธีดำเนินการค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในไตซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 1,800 ราย โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่กลับมารับบริการ ด้วยโรคนิ้วในไตกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 720 ราย และผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 1,080 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในไตซึ่งได้รับการรักษาแล้วด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2541 – 2545 จำนวน 317 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางเลขสุ่ม (Krejcie & Morgan. 1970 : 607 – 610) ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนิ้วในไตและกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการคิดเป็นสัดส่วนได้ จำนวน 127 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคนี้ในไตและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการคิดเป็นสัดส่วนได้ จำนวน 190 ราย ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถาม

Questionnaire ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และภูมิสำเนา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 4 ตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิสำเนา โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิสำเนา โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยหาค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้วนำเสนอเป็นรายชื่อ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 เพศ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.10 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 36.90

1.2 อายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 66.25 รองลงมาเป็นอายุมากกว่า 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.03

1.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.54 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.24

1.4 อาชีพ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.28 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.29

1.5 รายได้ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 28.70 รองลงคือรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.24

1.6 ภูมิลำเนา ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.02 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 18.93

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จำนวน 127 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดจำนวน 190 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปรดังนี้

2.1 เพศ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.70 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 32.30 และผู้ป่วยโรคหัวใจในไตภายหลังการผ่าตัด ที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 60.00 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40.00

2.2 อายุ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาเป็นอายุมากกว่า 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.70 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 คิดเป็นร้อยละ 67.90 รองลงมา อายุน้อยกว่า 40 คิดเป็นร้อยละ 16.80

2.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.76 รองลงมาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.77 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.79 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.16

2.4 อาชีพ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.43 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 27.56 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.84 รองลงมาเป็นอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 25.79

2.5 รายได้ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 48.82 รองลงมาคือรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 36.22 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.42 รองลงมา คือ รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 28.42

2.6 ภูมิลำเนา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 35.43 รองลงมาเป็นภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 22.84 และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.47 รองลงมา กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 26.84

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามรายด้านดังนี้

3.1 การดื่มน้ำ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการดื่มน้ำ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการดื่มน้ำภายหลังรับประทานอาหาร การดื่มน้ำภายหลังตื่นนอนการดื่มน้ำก่อนนอน การดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร ล้วนแต่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

3.2 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด พฤติกรรมการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ แต่ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

3.3 การรับประทานอาหารทั่วไป ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารทั่วไป ทั้งการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก และการรับประทานอาหารโดยหมุนเวียนเปลี่ยนชนิดของอาหาร ต่างอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดีเช่นกัน

3.4 การสนใจดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในการคอยสังเกตอาการตนเองไม่ว่าจะเป็นอาการปวดเอว ปวดหลัง อาการปัสสาวะแสบขัด รวมถึงปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ลักษณะและสีปัสสาวะของท่าน รวมถึงการตรวจสุขภาพต่างๆ ทั้งการมาตรวจตามนัด การตรวจประจำปี และการติดตามข่าวสาร การศึกษาเอกสาร ต่างอยู่ในระดับดีและพอใช้ และผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเหล่านี้นี้อยู่ในระดับดีและพอใช้เช่นกัน

3.5 การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยา อยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งมักจะหยุดยาเอง และจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีอาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด กลับมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

3.6 การรับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วในไต ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารประเภทที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วได้ง่าย เช่น เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ผักที่เป็นหน่อไม้ชนิดต่างๆ ผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาหารที่มีรสเข้มข้น อยู่ในระดับพอใช้ และควรปรับปรุง ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

3.7 การรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วในไต ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วในไต เช่น ประเภท ปลา เมล็ดพืช ถั่วที่ชนิดต่างๆ ยอดผักชนิดต่างๆ ผลไม้สุกต่างๆ สมุนไพร ล้วนแต่อยู่ในระดับพอใช้ แต่ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้อยู่ในระดับดี

ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 1.13$) และผู้ป่วยโรคนิ้วใน

ไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$)

4. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4.1 ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.13$, $S = 0.15$)

4.2 ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$, $S = 0.19$)

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดและไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.13$) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร เจริญบุรณ์ (2544 : 97) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 119) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการดื่มน้ำ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการดื่มน้ำภายหลังตื่นนอน ระหว่างมื้ออาหาร และก่อนนอน ด้านการรับประทานยา ซึ่งจะหยุดยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้น ($\bar{X} = 0.64$) การค้นหาวิธีการ สมุนไพร เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ในไต

($X = 0.31$) และการรับประทานอาหารที่เป็นสมุนไพรในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในไต ($X = 0.48$) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในไต ($\bar{X} = 0.51$) การรับประทานอาหารที่มีรสเข้มข้น ซึ่งรวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด ($\bar{X} = 0.58$) ล้วนแต่อยู่ในระดับการปรับปรุงทั้งสิ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้ขาดความเข้าใจ และสนใจที่จะแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่โอเรม (Orem, 1985 : 108-109) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173) กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีเจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำกว่าประกอบกับความรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ที่บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่า. ผู้ที่มีการศึกษาดำมักจะมีความรู้ทางเศรษฐกิจต่ำด้วย และการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ รายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อครอบครัวและตนเอง ต้องหารายได้มาจุนเจือครอบครัว อันเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาที่จะดูแลใส่ใจสุขภาพตนเอง ทั้งยังทำให้ขาดความสนใจที่จะแสวงหาความรู้เพื่อมาดูแลตนเอง นอกจากนี้โรคหัวใจในไตยังเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่ซ่อนตัวอยู่ในตัวผู้ป่วย ซึ่งจะต้องใช้เวลานานกว่าที่พยาธิสภาพจะรุนแรงมากพอที่จะแสดงอาการออกมาให้ผู้ป่วยทราบ (ทวี ศิริวงศ์, 2537 : 16) ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการเกิดโรคหัวใจในไต และไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ต้องรอให้มีอาการแสดงก่อนจึงจะมาพบแพทย์ และใส่ใจดูแลตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$) สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ สิริยะไพศาล (2542 : 69-71) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2544 : 114) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาญดา หนูรักษ์ (2546 : 100) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าส่วน

ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และไม่มีพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง ทั้งนี้อาจจะมีองค์ประกอบมาจากผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา และรองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ซึ่งสามารถอ่านออก-เขียนได้ มีความรู้พอควร แม้ว่าจะมีอาชีพรับจ้างแต่กลับพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 13,001 บาท ต่อเดือน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น มักจะไปพบแพทย์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง ทั้งยังมีโอกาสในการแสวงหาประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทั้งยังทำให้มีเวลาที่จะดูแลตนเองให้เหมาะสมหรือตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอคเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมต่างกับผู้ที่มีรายได้ต่ำ และพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และเช่นเดียวกับการศึกษาของชาร์ป, รอส และคอคเคอร์แฮม (Sharp, Ross & Cockerham. 1983 : 255 – 263) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเกษม (2536 : 68) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพอใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ที่จะช่วยเอื้ออำนวยในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง และการศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ความสามารถในการค้นหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้การดูแลตนเองยังพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการอบรมสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108 – 109) นอกจากนี้บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) ทั้งคำกล่าวของเพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 – 162) ที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้ รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการให้เหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งต่างกับผู้ที่มีรายได้ ทางเศรษฐกิจต่ำและสังคมต่ำ จากเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการดื่มน้ำ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการดื่มน้ำดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา รายได้สูง (มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน) ทำให้มีโอกาสที่จะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค ที่รวมถึงการดื่มน้ำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจได้ แต่ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีการดื่มน้ำน้อย ไม่ว่าจะเป็นการดื่มน้ำภายหลังการตื่นนอน ก่อนนอน ระหว่างมื้ออาหาร และน้อยกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำยังคงมีการดื่มน้ำที่น้อย อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เป็นผู้ใช้แรงงาน ต้องทำงานกลางแจ้ง อากาศร้อน ต้องสูญเสียเหงื่อมาก ทำให้มีความเป็นกรดมากทั้งในร่างกาย และในปัสสาวะ ซึ่งจะเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจ สอดคล้องกับพจน์ ศรีบุญลือ.(2543 : 153 –155) กล่าวว่าภาวะความเป็นกรดของปัสสาวะจะพบในคนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศร้อน คนที่ทำงานในที่ที่มีอากาศร้อน รวมทั้งปริมาณของปัสสาวะยังเป็นองค์ประกอบ ของการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้น้อย (น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน) ต้องทำงานหนักเพื่อจุนเจือครอบครัว อาจทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ที่รวมถึงการดื่มน้ำมากเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจด้วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการดื่มน้ำนั้นมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจในไตได้ สอดคล้องกับมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น ในกลุ่มประชากรที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตรต่อวัน (มณฑิรา มฤคทัต. 2545 : 12). รวมทั้งจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจในไต คือ มีปริมาณสารก่อให้เกิดหัวใจในมาก ดังนั้นการดื่มน้ำมากขึ้นจะส่งผลดี คือ ทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะลดลง ซึ่งจะส่งผลถึงความเข้มข้นของสารก่อให้เกิดหัวใจในปัสสาวะลดลงด้วย และโอกาสเกิดหัวใจในไตซ้ำจึงลดลง ไม่ว่าจะเป็นนิวชนิดใดก็ตาม (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 269) แม้ว่าปัสสาวะที่เจือจางจะป้องกันการตกตะกอนของหัวใจได้ จะต้องมีความเข้มข้นปัสสาวะมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน และเพื่อให้มีปริมาณปัสสาวะตามความต้องการ ผู้ป่วย

จะต้องดื่มน้ำมาก 2 – 3 ลิตรต่อวัน แต่ควรที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีต่อความต้องการน้ำของร่างกาย นั่นคืออุณหภูมิอากาศ การดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอากาศที่ร้อน การทำงานกลางแจ้ง จะทำให้เสียเหงื่อมากกว่าปกติ ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ซึ่งควรที่จะต้องดื่มน้ำให้มากกว่าที่ร่างกายต้องการตามปกติ และการดื่มน้ำน้อยนั้น นอกจากจะทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้นแล้ว ยังทำให้โอกาสของการตกตะกอน และมีความอึดตัวที่จะจับกันเป็นผลึกของสารที่ก่อให้เกิดนิ่วมากขึ้นด้วย (สมนึก ดำรงกิจชัยธรรม. 2538 : 96). โดยวันหนึ่งควรที่จะต้องดื่มน้ำให้มากกว่า 2 ลิตร ซึ่งอาจจะแบ่งเป็นการดื่มน้ำ หลังตื่นนอน หลังรับประทานอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร และก่อนนอน แต่การดื่มน้ำอย่างน้อยครึ่งหนึ่งควรเป็นน้ำดื่มปกติ ที่เหลืออาจเป็นเครื่องดื่มอื่นๆ เช่น น้ำผัก หรือน้ำสมุนไพรที่ไม่หวานจัด และเครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง น้ำอัดลม ชา กาแฟ ซึ่งคาเฟอีนที่เป็นสารซึ่งมีอยู่ในกาแฟ ชา มีผลรบกวนการทำงานของ Antidiuretic Hormone (ADH) ที่ Distal tubule ทำให้มีการขับน้ำออกมาในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลดีต่อการเจือจางของสารต่างๆ แต่กลับพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมากจะทำให้ร่างกายขับสารออกซาเลตออกมาในปัสสาวะเพิ่มขึ้น จึงก่อให้เกิดนิ่วได้ง่าย (มณฑิรา มฤคทัต. 2545 : 103 - 104) จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้เห็นถึงความสำคัญของการดื่มน้ำ ซึ่งมีผลต่อการเกิดนิ่วในไต ดังนั้นจึงควรที่จะต้องแนะนำผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีการดื่มน้ำให้มากขึ้น และจะต้องเป็นน้ำที่สะอาดเท่ากับหรือมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน

ด้านการออกกำลังกายนั้น ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย ดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ โดยพบว่าการออกกำลังกายที่อย่างน้อยประมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้สูง (มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน) และมีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ทำให้มีโอกาสที่จะค้นหาวิธีการดูแลใส่ใจสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค และอาจได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ว่าการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังสามารถป้องกันโรคได้ แต่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำยังมีการออกกำลังกายที่น้อยและไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และเป็นผู้มีรายได้ต่ำ (น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน) ซึ่งต้องทำงานอย่างหนัก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะออกกำลังกาย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการออกกำลังกายนั้นจะส่งผลถึงการลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในไตได้ ถึงแม้ว่าเป็นการส่งผลทางอ้อมก็ตาม ซึ่งการออกกำลังกายนั้นนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ได้ใช้พลังงานส่วนเกินออกไป การไหลเวียนเลือด การทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นไปด้วยดีแล้ว ยังจะส่งผลทางอ้อมทำให้ร่างกายสูญเสียเหงื่อ ขาดน้ำ ย่อมจะต้องเกิดการกระหายน้ำ และการดื่มน้ำมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ปัสสาวะเจือจาง โอกาสของการอึดตัวของสารที่ก่อให้เกิดนิ่วลดลง ดังนั้นการตกผลึกจับตัว

กันเป็นนิวโรลิงดลง สอดคล้องกับที่มณฑิรา มฤคทัต (2545 : 5) กล่าวถึงการป้องกันการเกิดนิวรั้า ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ชีวิต เช่น การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร และรวมถึงการออกกำลังกายให้เหมาะสม พบว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่กลับมาเป็นนิวโรในไตซ้ำอีกภายในระยะเวลา 5 ปี และร้อยละ 70 จะเกิดนิวโรในไตในระยะเวลา 10 ปี

ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ดีกว่าผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลัง จะไปแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย มีการรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง และไม่ซื้อยารับประทานเอง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะมีความเข้าใจและยอมรับในการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ซึ่งรวมถึงการรับประทานยาให้ครบ ถูกต้องตามเวลา ไม่หยุดยาเอง แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้ว ย่อมจะส่งผลถึงการดำเนินของโรค ที่จะสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งยาที่รับประทานจะมีทั้งยาแก้ปวด ยาที่รักษาอาการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วไปที่เกิดขึ้นได้ อันเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งของโรคเกิดนิวโรติดเชื้อที่เป็นนิวโรชนิดหนึ่งของนิวโรในไต และยาที่สามารถละลายนิวโรได้ ถ้าหากเกิดนิวโรขึ้นมาอีก ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่จะได้ไม่ต้องผ่าตัด แต่ผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่พบว่าจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อไปพบแพทย์แล้ว รับประทานยาที่แพทย์สั่งไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น อาจเนื่องจากโรคนิวโรในไตในระยะเริ่มแรกจะยังไม่แสดงอาการ หรือแสดงเพียงเล็กน้อย เช่นปวดเอว ปวดหลัง แต่ไม่มาก ผู้ป่วยจะคงทนได้ หรือรับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการดีขึ้น ทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลตนเองเท่าที่ควร และอาจจะคิดว่าตนเองหายจากอาการเจ็บป่วยนั้นแล้ว ไม่ได้เจ็บป่วยอะไรมาก ถึงแม้ว่าจะมีอาการผิดปกติก็ตาม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการรับประทานยามีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดนิวโร ซึ่งสอดคล้องกับทวี ศิริวงศ์ (2537 : 16) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มาตรวจมักจะไม่ได้มาด้วยอาการของโรคนิวโร แต่มักจะมาพบแพทย์ด้วยปัญหาสุขภาพอย่างอื่น แล้วมาตรวจพบโดยบังเอิญ ซึ่งเนื่องมาจากโรคนิวโรในไตเป็นโรคที่มีการผิดปกติในไตซ่อนอยู่ในตัวผู้ป่วยนานจนกว่าพยาธิสภาพรุนแรงมากพอที่จะแสดงอาการออกมา ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเองในระยะเริ่มแรก แม้ว่าโรคนิวโรในไตเป็นโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้อีกก็ตาม

ด้านการรับประทานอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดนิวโรในไต และการรับประทานอาหารที่สารยับยั้งการเกิดนิวโรในไต ดีกว่าผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยโรคนิวโรในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดนั้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การที่ผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาจเนื่องมาจากว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้สูง (มาก

กว่า 13,000 บาทต่อเดือน) ทำให้มีโอกาสนในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่ประโยชน์ เพียงพอต่อการป้องกันโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกประเภทของอาหารที่จะรับประทาน ซึ่งทำให้อาสาเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้ ประกอบกับผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่ภาคกลาง อาจจะมีค่านิยมในการรับประทานอาหารที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด จึงทำให้การรับประทานอาหารที่อาจก่อให้เกิดนิ่วน้อยกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งชั้ตเรต ซึ่งมีมากในผลไม้ประเภทกล้วย มะละกอ ส้ม มากขึ้น ซึ่งจะไปทำให้มีสารชั้ตเรตในปัสสาวะเพิ่มขึ้น สารชั้ตเรตมีกลไกการทำงานคือไปจับรวมกับแคลเซียม ให้ได้เป็นแคลเซียมชั้ตเรต ซึ่งมีคุณสมบัติที่ละลายได้ดีมาก ดังนั้นเมื่อมีปริมาณชั้ตเรตมากในปัสสาวะจะทำให้ปริมาณไอออนอิสระของแคลเซียมลดลง นั่นคือจะไปทำให้แคลเซียมลดความอึดตัวลง โอกาสของการตกผลึก และการเกิดนิ่วจึงลดลง ส่วนสารไฟโรฟอสเฟตที่มีมากในผักใบเขียว เช่น ใบตำลึง ใบกระเพรา หรือมะระขี้นก ซึ่งจะมีกลไกการทำงานยับยั้งการเกิดนิ่วได้เหมือนชั้ตเรต ไม่ว่าจะเป็นไปจับกับแคลเซียม โดยจะไปทำให้ไอออนอิสระของแคลเซียมในปัสสาวะลดลง และจะเป็นการลดการตกผลึกของแคลเซียมอีกด้วย แม้ชั้ตเรตจะมีผลต่อการป้องกันการเกิดนิ่วในไตได้ และใช้ได้ผลดีมากกับนิ่วแคลเซียม แต่กับนิ่วชนิดอื่นชั้ตเรตยังมีความสำคัญในการเป็นสารยับยั้งของการเกิดนิ่วได้มากเช่นกัน ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาพบว่า พบสารไฟโรฟอสเฟต และชั้ตเรตอยู่น้อยมากในสภาพที่มีการเกิดนิ่วติดเชื้อ ดังนั้นเมื่ออยู่ในสภาพขาดสารยับยั้งพร้อมกับมีตัวส่งเสริมการติดเชื้อแบคทีเรีย ย่อมทำให้ง่ายต่อการเกิดนิ่วได้ง่ายที่สุด (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 200) ส่วนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด จะยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะยังคงรับประทานอาหารประเภทเดิม ไม่ว่าจะเป็นรับประทานอาหารประเภทผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น หน่อไม้ดอง ผักติ้ว ผักเม็ก ฯลฯ ซึ่งมีสารออกซาเลตมาก เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ง่ายต่อการนำผักที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาประกอบอาหาร และยากต่อการที่เปลี่ยนแปลงชนิดของอาหาร และนิยมการรับประทานอาหารที่มีรสเข้มข้น ได้แก่การรับประทานอาหารรสเค็ม และการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบ ซึ่งจะทำให้มีการดูดซึมแคลเซียมในอาหารมากขึ้น และไปยับยั้งการดูดซึมกลับของแคลเซียมที่เซลล์หลอดฝอยไตลดลง ซึ่งจะมีผลทำให้มีการขับแคลเซียมเพิ่มขึ้นในปัสสาวะด้วย ดังนั้นปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะจึงสูงขึ้น และมีโอกาสเกิดการอึดตัว ตกผลึก แล้วเกิดเป็นนิ่วได้ (มณฑิรา มฤคทัต. 2545 : 20) องค์ประกอบของนิ่วจะมีความสัมพันธ์กันเกือบทั้งหมด ทั้งแคลเซียม ออกซาเลต ฟอสเฟตและกรดยูริก โดยนิ่วแคลเซียมจะมีทั้งแคลเซียมออกซาเลต และแคลเซียมฟอสเฟต ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรดยูริกในปัสสาวะ เพราะว่ายูเรตจะไปจับกับสารยับยั้งที่มีอยู่ในปัสสาวะ แล้วสารยับยั้งจะลดน้อยลง ประกอบกับยูเรตมีคุณสมบัติ

สมบัติเป็นตัวกระตุ้นการตกผลึกของแคลเซียมออกซาเลต ดังนั้นนิวแคลเซียมซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งกรดยูริก ออกซาเลต ฟอสเฟตและแคลเซียม ซึ่งกรดยูริกนั้นจะมีความสัมพันธ์กับระดับกรดยูริกในร่างกาย ที่เกิดจากการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ เพราะว่าการดอมีโนที่ได้จากโปรตีน เป็นสารนำไปสร้างพิวรีน ซึ่งเป็นสารที่สลายออกมาเป็นกรดยูริก เมื่อมีกรดยูริกในร่างกายสูง ทำให้ถูกขับออกมากับปัสสาวะมาก (พจน์ ศรีบุญลือ. 2543 : 153 –155) ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นผู้มีรายได้น้อย (น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน) ทำให้ไม่มีโอกาสที่เลือกอาหารที่รับประทานมากนัก ประกอบกับจะต้องทำงานหนักเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และเพื่อป้องกันกันการเกิดโรคได้ ทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากที่จะทำความเข้าใจในเรื่องในการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนรับประทาน อาหาร ที่เรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วนั้นมีส่วนเพิ่มโอกาสของการเกิดนิ่วในไตได้ สอดคล้องกับพจน์ ศรีบุญลือ. (2543 :19). กล่าวว่าการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ซึ่งมีโซเดียมมาก และอาหารรสหวานที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบ จะช่วยทำให้มีการดูดซึมแคลเซียมกลับที่หลอดเลือดฝอยลดลง และดูดซึมแคลเซียมในอาหารมากขึ้น รวมทั้ง พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการเกิดนิ่วมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในไตได้เช่นกัน สอดคล้องกับพจน์ ศรีบุญลือ. (2543 : 179) กล่าวว่ ชิเตรตซึ่งเป็นสารยับยั้งการเกิดนิ่วนั้น ส่งผลทำให้ลดความอึดตัวของแคลเซียม ยับยั้งการตกผลึกแคลเซียม และการรวมตัวกันของผลึกแคลเซียม ทำให้โอกาสของการเกิดนิ่วในไตลดลง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารจึงมีส่วนสำคัญอย่างมาก ในการป้องกันการเกิดนิ่วในไตได้

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ในด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมดื่มน้ำ พฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารก่อให้เกิดนิ่วในไต รวมถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มียับยั้งการเกิดนิ่วในไต และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่ไม่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลับมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาการให้สุศึกษา โดยส่งเสริมในเรื่องของรูปแบบและสื่อการสอน จัดให้มีการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่มอย่างมีระบบมากขึ้น และเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร และการดื่มน้ำ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนิ้วในไต และภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มักจะก่อให้เกิดภาวะไตวายได้ ให้ครอบคลุมเนื้อหาทุกเรื่อง และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และอันตรายที่จะเกิดจากการไม่ดูแลตนเอง
2. การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยนั้น ต้องเน้นเนื้อหาที่สั้น กระชับ ได้ใจความ เน้นที่การเข้าใจง่าย จดจำง่าย และสามารถปฏิบัติได้ง่ายสำหรับผู้ป่วยเมื่ออาศัยอยู่ที่บ้าน และต้องให้ผู้ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ทั้งยังเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติดูแลตนเองในทุกๆ เรื่อง รวมถึงอันตรายที่เกิดจากการกลับเป็นซ้ำ และการไม่ดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นภาวะไตวายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งยังจะต้องเป็นการให้สุศึกษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด และมีการสังเกตร่วมด้วย เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของโรคนิ้วในไต และรวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำอย่างแท้จริง
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อในด้านต่างๆ ที่น่าจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และที่คาดว่าจะมีผลต่อการที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหาร ตลอดจนศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมบางประการ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่กลับเป็นซ้ำ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กอบแก้ว คุดตวัส. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปราน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และกิติมา จันทรโอ. (2542). ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา พัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู. หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- ดรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตรการพิมพ์.

- ธวัชชัย คำทอง. (2533). *ปากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอพะเยา จังหวัดพัทลุง*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธารารัตน์ ดวงแข. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลราชบุรี*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทวี ศิริวงศ์. (2528). "โรคนี้ทางเดินปัสสาวะ," ใน *การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*.
ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวี ศิริวงศ์. (2537). "โรคนี้ในไต," ใน *โรคไตคลินิก เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สายวงศ์. (2542, มกราคม-มีนาคม). "การผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธี Anatomic Nephrolithotomy," *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 8(1) : 2.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุปผา อินตะแก้ว. (2544). *ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสตรี).
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535). "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระพัฒนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. (2535). "อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์," *รายงานผลการวิจัยคณะเศรษฐศาสตร์*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะของประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอ ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะนุช ปัญญาธิระ. (2543). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะมาภรณ์ นิมสุวรรณ. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. (2545). สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2545. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจน์ ศรีบุญลือ, และคนอื่นๆ. (2543). โรคหัวใจในโต : ความรู้พื้นฐาน สาเหตุ การวินิจฉัย การป้องกัน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. (2530). "พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทกรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน . วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สรีรวิทยาในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการและควบคุมโรคมะเร็ง จ.ลพบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- มณฑิรา มฤคทัต. (2541). *นิ้วทางเดินปัสสาวะ*. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2535). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- รัชสุริย์ จันทเพชร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตตกุล. (2528). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรุณวรรณ ผาโคตร. (2537). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกึ่งการุณย์ สำนักกาแพทย์*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิศิษฐ์ สิตปรีชา. (2528). "นิ้วในไต," ใน *รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคนิ้วทางเดินปัสสาวะ*. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. หน้า 40-45.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วีระสิงห์ เมืองมัน. (2535). *การป้องกันโรคนิ้วในทางเดินปัสสาวะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ทองการพิมพ์.
- ศศิธร เจริญบุรณ์. (2544). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามธิบดี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร เสาวรส. (2538). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สาลี พิกุลทอง. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน เอกสารการสอนชุด วิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 22.
- สมใจ ยัมวิไล. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมทรง รักษ์เผ่า. (2534, สิงหาคม). "การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง," การพัฒนางาน สาธารณสุขมูลฐาน. ม.ป.พ.
- สมนึก ดำรงกิจชัยธรรม. (2538,กรกฎาคม). "นิ้วในทางเดินปัสสาวะ," วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. ม.ป.พ.
- สุกาญดา หนูรักษ์. (2546). พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรา เทศวงศ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรีย์ โอภาศศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2532). "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานครนคร," ใน รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- (2536). รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

- สุรณีย์ ช้างเสวก. (2539). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดการกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านหลังการรักษาด้วยเลเซอร์ ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อารี บินทปัญญา. (2543). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร จันทร์ดา. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา จังพานิช. (2541). แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อารณ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Alogna, M. (1980, July-August). "Perception of severity of disease and health locus of control in compliance and noncompliance diabetic patients," *Diabetes Care*. 3(4) : 533-534.
- Becker, M.H. and Maimam, L.A. (1975). "Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," *Medical Care*. 13(1) : 3 – 24 .
- Becker, M.H. and others. (1977). "Selected Psychosocial Models and Correlate of Individual Health Related Behavior," *Medical Care*. 1 (5) : 135.

- Becker, M.H. and others. (1978). "Compliance With Medical Regimen for Asthma : A Test of the Health Belief Model," *Public Health Report*. 93(3) : 268-279.
- Brown, J.P. and Greedy, M. Mc. (1986). "The hale elderly : health behavior and it's correlate," *Research in Nursing and Health*. 9(12) : 317 – 329.
- Champion, V.L. (1991, May-June) "The relationship of selected variables to breast cancer detection behaviors in women 35 and older," *Oncology Nursing Forum*. 18(5) : 733-739.
- Coburn, D. and Pope, C.R. (1974) "Socioeconomic Status and Preventive Health Behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 15 (3) : 66 – 77.
- Cockerham, W. C. (1982). *Medical Sociology*. 2nd ed. New Jersey: Engler Wood Cliffs : Prentice – Hall Inc.
- Drack, G.W. (1986). *Urinary Lithiasis*. Philadelphia : W.B. Saunders. Co.
- Gaurash, N. and others. (1987, March). "Help-Seeking : A Review of The literature," *American Journal of Community Psychology*. 413-423.
- Grubbs, L.M. & Tabuno, M. (2000, February). "Use of sunscreen in health care professional," *Cancer Nursing*. 23(1) : 164-167.
- Hallal, J.C. (1982, May-June). " The Relationship of health beliefs, Health Locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult women," *Nursing Research*. 31(3) : 137-142.
- Harris, D.M. and Guten Sharon. (1979). "Health Promotion Behavior : An Exploratory Study," *Journal of Health and Social Behavior*. 20 (3) : 17 – 29.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. (1966). "Health Behavior, Illness Behavior and Silk Role Behavior," *Archives Environmental Health*. 12 (2) : 246 – 261.
- Lee, M.C. (2000, June). "Knowledge, barriers and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women," *Cancer Nursing*. 23(3) : 168-175.
- Levin, L.S. (1976, March). *Self-Care American Journal of Nursing*. 7(9) : 478-489.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986). "Self – Esteem, Social Support, and Positive Health Practices," *Nursing Research*. 35(11 – 12) : 334 – 337.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing : Concepts of Practice*. 2nd ed. New York : McGraw – Hill Book Company.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. New York : St. Louis Mosby-Year Book Co.
- Owen, S.L. (1970, November). "The Relationship Between Health Attitude and Behavior," *The Journal of School health*. 40(9) : 502.

- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norewalk : Appleton Century Grofts.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Connecicul : Appleton Century Grofts.
- Rutledge, D.N. (1987, March-April). "Factors related to women's practice of breast self-examination," *Nursing Research*. 36(2) : 117-121.
- Ruth, S. (1973). *Rehaviltative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care*. Philadephia : W.B. Sunder Company.
- Schluter, L.A. (1980, November-December). "Knowledge and beliefs about breast cancer and breast self-examination among athetic and nonathetic women," *Nursing Research*. 31(6) : 348-353.
- Sharp, Ross & Cockerham. (1983). "Symptoms, Beliefs and use of Physician services among the Disadram tagged," *Journal of Heath and Social Behavior*. 24 : 255-263.
- Steele, J.L. and Mc Boom, W.H. (1972). 'Conceptual and Empirical Dimentions of Health Behavior," *Journal of health and Social Behavior*. 13 : 382 – 392 .
- To, Lin & Ba, Ngah. (1991, August). "The Meulakab Hypertensive Study Project Part II Why do Hypertensives drop out of Treatment.?, " *Singapore Medical journal*. 4(8) : 32.
- Tiffany, Robert. (1981). *Cancer Nursing Update* . London : Bailliere tindall.
- Webb, K.L. and others. (1984, August). "Dietary Compliance among Insulin-dependent Diabetes," *Journal of Dissease*. 37(8) : 633-643.
- Weinberger, M. , Greene, J.Y., Mamlin, J.J. & Jerin, M.J.. (1981, NOvember). "Health beliefs and smoking behavior," *The American Journal of public health*. 7(11) : 1253-1255.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง รองศาสตราจารย์ระดับ 8
หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์นายแพทย์กวีรัช ตันติวงศ์ อาจารย์นายแพทย์ระดับ 7
อาจารย์สาขาวิชาทางเดินปัสสาวะ
ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางศรีนวล รัตนวรรณกุล พยาบาลวิชาชีพ 6
หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร ชั้น 6
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศรี เจริญหล้า อาจารย์ระดับ 6
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731,5618
ที่ ศธ 0519.12/5/๕1 วันที่ ๔๐ พฤษภาคม 2547
เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวไพเราะ หงษ์วงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร
และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง และ อาจารย์ทรงพล ค่อนิ
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวไพเราะ หงษ์วงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

1/๗๕๕๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/5172



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๐ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวไพระหง สมนวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์กวีรัช คันติวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวไพระหง สมนวงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564119 มือถือ 01-6975207



ที่ ศธ 0519.12/5143

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๐ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวไพเราะ หงษ์สวัสดิ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจในไค ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศรี เจริญผล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวไพเราะ หงษ์สวัสดิ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสรี จีระเศษกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564119 มือถือ 01-6975207



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๐ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวไพระหง สหวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคนี้ในโต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางศรีนวล รัตนวรรณกุล หัวหน้าหอผู้ป่วย ภปร. ชั้น 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ แบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในโต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวไพระหง สหวงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564119 มือถือ 01-6975207

ที่ ศธ 0519.12/5144



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๐ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวไพเราะ หงษ์ สหวงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคนี้ในไต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความ จำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวไพเราะ หงษ์ สหวงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564119 มือถือ 01-6975207



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ที่ ศธ 0519.12/5175

๔๐ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวไพเราะ หงษ์วงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความ จำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวไพเราะ หงษ์วงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564119 มือถือ 01-6975207

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1873 รพ.จุฬาลงกรณ์
 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน
 กรุงเทพฯ

20 พฤษภาคม 2547

เรียน ผู้ป่วยโรคนิ้วในไต

เรื่อง การตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เนื่องด้วยจากการศึกษาพบว่า โรคนิ้วในไตเป็นโรคที่กลับเป็นซ้ำได้ แม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วก็ตาม และยังจะก่อให้เกิดไตวายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งได้ ดังนั้น นพ.ทศพล ศศิวงศ์ภักดี และนส. ไพระหง สมวงศ์ นิสิตปริญญาโท จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ส่งมาให้ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดโรคนิ้วในไต อันจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ตัวท่านเอง ที่จะสามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคนิ้วในไตอีกครั้งได้ ทั้งยังเป็นการพัฒนาการรักษาพยาบาล และความก้าวหน้าทางการแพทย์อีกทางหนึ่ง

ขอแสดงความนับถือ

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้จัก บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนสิทธิของผู้ตอบที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวไพระหง สมวงศ์ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะขออนุญาตให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาที ท่านยินดีจะให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้หรือไม่

ในการตอบคำถามครั้งนี้ให้ท่านเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบของท่านถือเป็นความลับ นำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ในระหว่างตอบคำถามถ้าท่านไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามต่อไป ท่านสามารถยกเลิกการตอบได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ขอขอบคุณในการร่วมมือ

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินดีและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการ
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนา
รูปแบบการให้สุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น
2. รายละเอียดของแบบสอบถาม
แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต
3. ข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บ
ข้อมูลของท่านเป็นความลับโดยไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ไพเราะหง สมวงศ์

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () และหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่า ประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

4. อาชีพ

() ค้าขาย หรือ ธุรกิจ

() รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() รับจ้าง

() เกษตรกรรม

() ไม่ประกอบอาชีพ

5. รายได้

() น้อยกว่า 3,000 บาท /เดือน

() 3,000 – 8,000 บาท /เดือน

() 8,001 – 13,000 บาท /เดือน

() มากกว่า 13,000 บาท /เดือน

6. ภูมิลำเนาเดิม

() กรุงเทพฯ

() ภาคกลาง

() ภาคตะวันออก

() ภาคเหนือ

() ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

() ภาคใต้

7. ภายหลังท่านผ่าตัดรักษาโรคนี้ในไตจนหายเป็นปกติแล้ว ท่านได้เจ็บป่วยเป็นโรคนี้ในไตอีกหรือไม่

() เป็น

() ไม่เป็น

ตอนที่2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการที่จะทราบการดูแลตนเอง ไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม กรุณาอ่านข้อคำถามแล้ว ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความ เมื่อท่านพิจารณาแล้วว่าตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบทุกข้อคำถาม การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ

หมายถึง

เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

หมายถึง

เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำไม่สม่ำเสมอ หรือทำเป็นบางครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติ

หมายถึง

เมื่อท่านเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ท่านดื่มน้ำหลังรับประทานอาหาร			
2.ท่านดื่มน้ำภายหลังตื่นนอนอย่างน้อย 1 แก้ว			
3.ท่านดื่มน้ำก่อนนอน			
4.ท่านดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารอย่างน้อย 1 แก้ว			
5.ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
6.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
7.ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ชนิดต่างๆ			
8.ท่านรับประทานอาหารโดยหมุนเวียน เปลี่ยนชนิดของอาหาร			
9.ท่านคอยสังเกตอาการปวดแหว่ ปวดหลัง			
10.ท่านตรวจสอบสุขภาพประจำปี			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
11.ท่านมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด			
12.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล			
13.ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
14.ท่านค้นหาสมุนไพรมารับประทานเพื่อ ป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในได้อีก			
15.ท่านหาโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น กับผู้ป่วยโรคนี้ในไดหรือผู้มี ประสบการณ์			
16.ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตนเองภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในได			
17.ท่านให้ความสนใจดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ เกิดการเจ็บป่วย			
18.ท่านจะหยุดยาเอง เมื่อมีอาการดีขึ้น			
19.ท่านจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อมี อาการดีขึ้น			
20.ท่านติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้ในได			
21.ท่านศึกษาเอกสารเกี่ยวกับโรคนี้ในได เมื่อมาพบแพทย์			
22.ท่านออกกำลังกาย ภายหลังออกจาก โรงพยาบาล			
23.ท่านติดตามสอบถามเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค			
24.ท่านจะถามแพทย์ พยาบาล เมื่อมีอาการ ผิดปกติ			
25.ท่านรับประทานอาหารประเภทเครื่องใน สัตว์ เช่น ตับ ม้าม			
26.ท่านรับประทานอาหารโปรตีนชนิดอื่น แทนเนื้อสัตว์ เช่น เต้าหู้ ถั่ว			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
27.ท่านรับประทานถั่วที่ชนิดต่างๆ เช่น ถั่วฝักยาว ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วเหลือง ถั่วแดง			
28.ท่านรับประทานอาหารประเภท ปลา			
29.ท่านรับประทานอาหารประเภทเมล็ดพืช เช่นลูกเดือย งา			
30.ท่านรับประทานสัตว์ปีก เช่นไก่ย่าง			
31.ท่านควบคุมอาหารเมื่อพบว่ามีการดยูริกในเลือดสูง			
32.ท่านสังเกตปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน			
33.ขณะทำงานท่านมักจะกลั้นปัสสาวะ			
34.ท่านสังเกตลักษณะและสีปัสสาวะของท่าน ภายหลังจากถ่ายปัสสาวะ			
35.ท่านสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะแสบขัด			
36.ท่านจะรับประทานยาระงับปวด เมื่อมีอาการปวดบั้นเอว หรือสีข้าง			
37.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเข้มข้น			
38.ท่านรับประทานยอดผักชนิดต่างๆ เช่น ใบกระเพรา ยอดขี้เหล็ก ยอดกระถินอ่อน			
39.ท่านรับประทานอาหารรสเปรี้ยว โดยใช้มะนาวในการปรุงรส			
40.ท่านรับประทานผลไม้สุกต่างๆเช่น กล้วย มะละกอสุก			
41.ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของมะเขือเทศ			
42.ท่านรับประทานผักที่เป็นหน่อไม้ชนิดต่างๆ เช่น หน่อไม้ดอง			
43.ท่านรับประทานผักที่เป็นสมุนไพร เช่น มะระขี้นก			

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
44.ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น ใบตำลึง ใบกระเพรา			
45.ท่านดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจี๊ยบ หรืออื่นๆ			
46.ท่านดื่มน้ำผลไม้ เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม หรืออื่นๆ			
47.ท่านรับประทานอาหารที่เป็นผักทางภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ผักตั่ว ผักเม็ก ผักกระโดน			

ภาคผนวก ง
คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการการดูแลตนเอง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง
1	.42	25	.39
2	.20	26	.43
3	.26	27	.44
4	.27	28	.42
5	.50	29	.47
6	.52	30	.40
7	.48	31	.51
8	.40	32	.34
9	.29	33	.52
10	.28	34	.52
11	.21	35	.66
12	.46	36	.68
13	.30	37	.68
14	.44	38	.34
15	.52	39	.57
16	.78	40	.44
17	.72	41	.35
18	.46	42	.24
19	.39	43	.30
20	.49	44	.29
21	.73	45	.62
22	.52	46	.66
23	.66	47	.34
24	.70		

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ .92

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวไพระหง สมวงศ์
วันเดือนปีเกิด	3 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1873 ดิ็กกุลพิพัฒน์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกศัลยกรรมจุกดณี วัฒนวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2534	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสตรีราชินูทิศ
พ.ศ. 2538	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ