

สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุธินี ศรีรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

ของ

สุวิณี ศรีรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2544

23 11 61 2544

สุรินี ศรีรัตน์. (2544). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ปริญญาโท กศ.ม.

(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภฏ, อาจารย์ทรงพล ต่อนี้.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มาได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป และเป็นผู้ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 196 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบสอบถาม สุขภาพจิต จีเอสคิว-30 ที่ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติที่ สถิติเอฟ การทดสอบเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical package for the social science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรส และอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ จำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. คะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

MENTAL HEALTH AND SELF HEALTH CARE BEHAVIOR OF THE CHRONIC
RENAL FAILURE PATIENTS AT NEPHRO CLINIC IN KING CHULALONGKORN
MEMORIAL HOSPITAL THE THAI RED CROSS SOCIETY

AN ABSTRACT
BY
SUTINEE SRIRAT

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

May 2001

Sutinee Srirat. (2001). *Mental Health and Self Health Care Behavior of the Chronic Renal Failure Patients at Nephro Clinic, in King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University.
Advisor Committee : Assoc. Prof. Sujin Preechamart, Mr. Songpol Tornee.

The objective of this study was to determine and compare the mental health and self health care behavior of the chronic renal failure patients at Nephro Clinic, in King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. The studied variables were sex, age, educational levels, marital status, occupation, income, the period of illness, the number of medical treatment, social support, the knowledge about chronic renal failure and attitude towards the chronic renal failure. In addition, it was including the correlation between mental health and self-health care behavior of the chronic renal failure patients.

The samples in this study were 196 chronic renal failure patients who received supportive treatments more than twice and were will to do the specified random questionnaires at Nephro Clinic, in King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. The researcher had done this questionnaire to use as the tool to collect the data, which the researcher was allowed to use GHQ-30 mental questionnaire. The analysis process was to find percentage, mean, standard deviation, t-test and F-test. The t-test and F-test were the comparing tests of Scheffe' and Pearson product moment correlation coefficient was used by Statistical Package for the Social Science (SPSS).

The results of this study were as follows :

1. The chronic renal failure patients had mental health problems and their levels of self-health care behavior are high.
2. The chronic renal failure patients who, were different in sex, age, educational levels, income, the period of illness, the number of medical treatment, social support, the knowledge about chronic renal failure and attitude towards the chronic renal failure would all have indifferent mental health.
3. The chronic renal failure patients, who were different in marital status and occupation, would all have the significant differences at level .05.

4. The chronic renal failure patients, who were different in sex, age, educational levels, marital status, occupation, the period of illness and the attitude towards the chronic renal failure would all have indifferent self health care behavior.

5. The chronic renal failure patients, who were different in income, the number of medical treatment, social support and the knowledge about chronic renal failure would all have the significant differences at level .05.

6. The responses of mental health of chronic renal failure patients would have negative correlation with self health care behavior of chronic renal failure patients at the significant differences at level .05.

ปริญญานิพนธ์

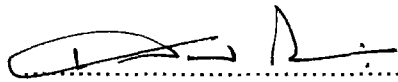
เรื่อง

สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ของ

นางสาวสุธินี ศรีรัตน์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

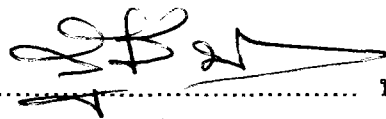


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ เดือน พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



ประธาน

(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)



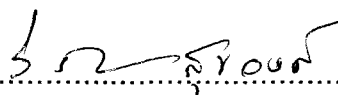
กรรมการ

(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการที่ แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาพร รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ อาจารย์วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง และคุณภาวิณี อยู่ประเสริฐ ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคไต และผู้ป่วยไตวาย เรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คุณสุภัทรา พิทักษ์รัตนชัย หัวหน้าตึก ภปร. 3 ที่กรุณาให้คำแนะนำวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคไต ภปร. 3 ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุนีย์ สุธีวีระขจร คุณเตือนใจ บรรณสาร คุณนพวรรณ ศรีทอง คุณสมพร จรูญแสง คุณปิยะพันธ์ พันธุ์วงศ์ พี่พยาบาล น้องพยาบาล ภปร. 17 ทุกท่าน พี่ๆ และน้องของผู้วิจัย และเพื่อนนิสิตปริญญาโท รุ่น 16 ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัย คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณแด่ คุณพ่อสวัสดิ์ คุณแม่ลัดดา ศรีรัตน์ ที่อบรมสั่งสอนและปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม รวมทั้งเป็นกำลังใจและกำลังใจทรัพย์ แก่ผู้วิจัยตลอดมา ครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสาทวิชาความรู้อันเป็นพื้นฐานที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่ การงานและการศึกษา จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สุนิณี ศรีรัตน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
ไต่สายเรือร้าง.....	12
สุขภาพจิตและเครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาพจิต.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	36
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	46
การสนับสนุนทางสังคม.....	64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	71
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	71
งานวิจัยในประเทศไทย.....	72
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	82
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	82
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	83
ลักษณะของเครื่องมือ.....	83
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	84

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	85
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	86
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล.....	95
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	124
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	124
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	124
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	124
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	125
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	127
อภิปรายผล.....	130
ข้อเสนอแนะ.....	147
บรรณานุกรม.....	148
ภาคผนวก.....	166
ภาคผนวก ก. หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	167
ภาคผนวก ข. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย.....	177
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	192

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	สาเหตุไตวายเรื้อรังร่วมกับโรคอื่น.....	15
2	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการ รักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติ เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	97
3	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสุขภาพจิต และระดับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	101
4	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนก ตามเพศ.....	102
5	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาพจิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ.....	103
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลา ที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	107
7	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเป็นรายคู่ของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามสถานภาพสมรส และอาชีพ.....	110
8	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตาม เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	111

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
9	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ.....	112
10	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	113
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	117
12	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามรายได้ จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	120
13	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	122
14	ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....	123
15	ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....	189
16	ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	190

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 แสดงชั้นพฤติกรรมทางด้านพุทธพิสัย.....	38
3 แสดงชั้นพฤติกรรมทางด้านจิตพิสัย.....	39
4 แสดงชั้นพฤติกรรมทางด้านทักษะพิสัย.....	40
5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ.....	41
6 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม.....	44
7 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	46

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

มนุษย์ประกอบไปด้วยกาย จิต สังคม ซึ่งต่างเกี่ยวข้อสัมพันธ์กัน เมื่อใดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับความกระทบกระเทือน จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ด้วยเสมอ นั่นคือเกิดภาวะเสียสมดุลทั้งระบบ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ภาวะจิตสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะแสดงออกถึงปัญหาทางอารมณ์ เช่นแสดงอาการโกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมรับการดูแลรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมถดถอย ช่วยตัวเองไม่ได้ เศร้าซึม สิ้นหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรือแสดงพฤติกรรมตรงข้ามกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้บ่งชี้ถึงความกดดันทางจิตสังคม และมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น อาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น (บุญวดี เพชรรัตน์. 2535 : 28) หรือเกิดความพิการ และเสียชีวิตในที่สุด

ไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ได้รับความสนใจมาช้านาน เนื่องจากโรคนี้จะทำลายสุขภาพของประชากรในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ให้เจริญก้าวหน้า จากการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 49) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีอายุอยู่ในช่วง 15-70 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 69) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีศักยภาพในการใช้ความคิด สติปัญญา ความสามารถในการสร้างสรรค์คุณประโยชน์ให้แก่สังคม เป็นวัยที่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญในการช่วยผลักดันการพัฒนาประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม แต่เมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยไตวายเรื้อรัง จะส่งผลให้ประเทศชาติขาดกลุ่มประชากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ และยังคงรับภาระในการรักษาพยาบาล เลี้ยงดูผู้ป่วยที่ไร้สมรรถภาพ เนื่องจากร่างกายและจิตใจเสื่อมสภาพจากพยาธิสภาพของไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ จนกลายเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมที่จะต้องสูญเสียเงินงบประมาณส่วนหนึ่งไปเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย เป็นเวลานานซ้ำแล้วซ้ำเล่า และไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลในวัยนี้เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของกองสถิติกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคไตทั้งหมด ซึ่งจบชีวิตด้วยไตวายเรื้อรังทั่วประเทศในปี 2539 จำนวน 4,869 คน ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มเป็น 5,133 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2540 โดยเพิ่มขึ้นจากอัตรา 8.1 เป็น 8.5 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 78) สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีผู้ป่วย

ไตวายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปี 2539 จำนวน 6,293 คน และเพิ่มเป็น 6,854 คน ในปี 2541 (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. 2540 : 95 ; 2542 : 101) และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไต ซึ่งกลายเป็นไตวายเรื้อรังและมาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคไตจำนวน 318 คน ในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มเป็น 383 คน ในปี 2540 (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. 2542 : ขอมูลโดยตรง)

จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และยังคงคาดการณ์ว่าอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยไตวายเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น อันสืบเนื่องมาจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและนำไปสู่ไตวายเรื้อรังได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (ประคอง อินทรสมบัติ. 2534 : 144)

ไตเป็นหนึ่งในกลไกที่ใช้ในการขจัดของเสีย จัดสารควบคุมสมดุลของร่างกาย ปรับอุณหภูมิในร่างกายให้เหมาะสม สร้างสารที่มีคุณสมบัติไปกระตุ้นการทำงานของไขกระดูก สร้างสารที่เกี่ยวพันกับความรู้สึกทางเพศ ความดันโลหิต และสารอื่นๆ อีกหลายชนิด ทำให้ไตต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง จากคุณสมบัติและหน้าที่ดังกล่าว ไตจึงมีหน่วยงานย่อยจำนวนนับล้านหน่วย ผลัดเปลี่ยนหน้าที่ทดแทนกันโดยอัตโนมัติ และถึงแม้ว่าไตจะเสียหายไปกว่าร้อยละ 80 ไตส่วนที่เหลืออยู่จะยังคงทำหน้าที่ได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไตวายเป็นจำนวนมากมาพบแพทย์เมื่อไตมีสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขให้เป็นปกติได้ เพียงแต่ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวต่อไป ไตวายเป็นภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่ของไต แบ่งเป็น 2 ชนิด คือไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง ในกรณีที่เป็นไตวายเรื้อรังพบได้ถึงร้อยละ 83.92 ของประชากรที่เป็นไตวายทั้งหมด (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. 2528 : 8)

ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลทางด้านร่างกายคือ เมื่อการทำงานของไตลดน้อยลงจะไม่สามารถขจัดของเสีย และรักษาสมดุลของน้ำในร่างกายได้ เกิดของเสียคั่งในกระแสเลือด จนเกิดภาวะยูรีเมีย (Uremia) โดยจะแสดงอาการอ่อนเพลีย มึนงง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชัก หดสติ และเสียชีวิตได้ (เกรียง ตั้งสง่า. 2537 : 6-12) ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมามีผลทำให้วัยวะอื่นๆ ล้มเหลวด้วย เช่น หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด (อุษณา ลูวีระ, พรรณบุปผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชยการ. 2537 : 16) ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง แผลในกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีต เลือดออกง่าย ผิวหนังแห้ง สีผิวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ อาจมีปัญหาทางจิตได้ เช่นวิตกกังวล ซึมเศร้า และโรคจิต (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. 2536 : 40) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร จำกัดอาหารประเภทโปรตีน อาหารเค็ม น้ำดื่ม ตลอดจนผัก ผลไม้ให้ถูกต้องตามชนิดและระยะของโรค การรักษาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โลหิตจาง การอักเสบติดเชื้อ รวมทั้งการรักษาตามอาการ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง โดยเฉพาะในระยะต้นๆ ของโรค (สุพัฒน์ วาณิชยการ. 2532 : 8) แต่เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยไตวาย

เรื้อรังมีอาการทางกายมากจนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต หรือการปลูกถ่ายไต (สุรสีห์ พร้อมมูล. 2539 : 224) วิธีการล้างไตทำได้ 2 แบบ คือการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ซึ่งสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ (ชุตินันท์ ธรรมารัตน์. 2536 : 25)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมนั้น ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน แต่จะมีสภาพร่างกายทรุดโทรม เกิดโรคแทรกซ้อนง่าย สภาพจิตใจคลอนแคลนหวั่นไหวง่าย ฐานะครอบครัวเปลี่ยนแปลง ญาติพี่น้องทอดทิ้ง ทำให้ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ (สุนทร การบรรเลง. 2538 : 87-89) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องเผชิญกับความทุกข์กาย ทุกข์ใจ มีสุขภาพกายและจิตที่ย่ำแย่ ทุกข์ทรมานต่อโรค ทุกข์ต่อค่าใช้จ่ายในการครองชีพ และค่ารักษาพยาบาลตนเอง ต้องเผชิญกับชะตากรรมในชีวิต หลายรายพยายามฆ่าตัวตาย บางรายต้องต่อสู้กับความทุกข์ทรมานเพราะไม่ยอมรักษาตัว เพื่อให้ครอบครัวไม่ต้องเดือดร้อน ชีวิตมีแต่ความทุกข์หม่นหมอง วิตกกังวล มีภาวะทางจิตที่สับสน เคร่งเครียด กลายเป็นโรคจิต โรคประสาท (ภารณี เชิดชัย. 2539 : 73-77) นิตยา (2539 : 103-105) ผู้ป่วยไตวายผู้หนึ่งกล่าวว่าตนเองมีสภาพจิตใจที่เครียด ส่งผลทำให้มีร่างกายอ่อนแอ รู้สึกสับสน กระวนกระวายใจ จนเกือบเป็นโรคประสาท ชีวิตเหมือนอยู่ไปวันๆ รอว่าเมื่อไรอาการที่เลวร้ายจะเกิดขึ้นกับตนเอง สูญเสียความมั่นใจตนเองในทุกๆ ด้าน หาทิ่พึ่งพิงทุกๆ แห่งที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นไหวพริบ สวดมนต์ ทำบุญ เข้าทรง รักษาพลังจักรวาล หาหมอพระ สอดคล้องกับอมรรัตน์ วิชิธรรม (2538 : 101-103) กล่าวว่าเมื่อทราบว่าเป็นไตวายเรื้อรัง ทำใจยอมรับสภาพตนเองไม่ได้ นอนร้องไห้ทุกวัน คิดตลอดเวลาว่าทำไมต้องเป็นโรคนี้ รู้สึกท้อแท้ในชีวิตอย่างมาก รู้สึกกลัว และหงุดหงิด สมรัก รอดพ่าย (2537 : 261-262) กล่าวว่า สภาพที่ต้องเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทำให้บุคคลนั้นต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างมาก ยิ่งเมื่อเข้าสู่ภาวะยูรีเมีย จะมีความกดดันทางจิตใจมากขึ้น

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนอกจากจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ผู้ป่วยยังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นไตวายเรื้อรัง อันได้แก่ การควบคุมอาหารเฉพาะโรค ด้วยการรับประทานอาหารโปรตีนจำเป็น การควบคุมอาหารที่ทำให้ของเสียคั่งได้แก่ การจำกัดอาหารเค็ม ผัก ผลไม้บางประเภท และน้ำ ตลอดจนการตรวจสอบ บันทึกรปริมาณน้ำดื่ม ปัสสาวะ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และเฝ้าสังเกตเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติต่างๆ ตามลักษณะของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้านมากกว่าอยู่โรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ. 2534 : 145) ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้จำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเอง

อย่างถูกต้อง เหมาะสม เพียงพอและต่อเนื่อง โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงจะทำให้การรักษาไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้อย่าง ผาสุก สามารถควบคุมโรคได้ ไม่ปล่อยให้ไตเสื่อมสภาพ รุนแรงจนต้องพึ่งการล้างไต และส่งผล กระทบต่อสุขภาพจิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจาก ไตวายเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็น ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างเจาะจงตามพยาธิสภาพของโรค (ประคอง อินทรสมบัติ. 2534 : 155-156) กล่าวคือต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นและกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นลำดับขั้นตอน จึงจะเกิดประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์ให้เกิด พัฒนาการ และเกิดความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ ดังสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินงานให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ทั่วไปให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรัง

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติ เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการแก้ไขภาวะสุขภาพจิต และหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเป็นข้อมูล พื้นฐานในการสร้างรูปแบบการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
3. เป็นแนวทางให้กับนักสุขศึกษาและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ใช้ในการดำเนินงาน

เพื่อปรับปรุงกิจกรรม และวางแผนจัดโปรแกรมให้ความรู้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

4. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรัง และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเป็นผู้สมัครใจตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 196 คน และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 : 608)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานภาพสมรส
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 รายได้
- 1.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

- 1.8 จำนวนครั้งที่มารับการรักษา
- 1.9 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.10 ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
- 1.11 เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิต

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการยอมรับความเป็นจริงในชีวิตและสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีการแสดงออกอย่างเหมาะสมและมีความขัดแย้งในใจน้อยที่สุด ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว-30 (ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ. 2539 : 2-4)

2. ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ในด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความรู้ในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วยความรู้ในการดูแลตนเองตามความจำเป็นทั่วไป เช่น ความรู้เกี่ยวกับการได้รับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การดื่มน้ำ การขยับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เช่น ความรู้ในการจัดการความเครียดและอุปสรรคในชีวิตเนื่องมาจากไตวายเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เช่น ความรู้ในการรับประทานยา ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ ความพอใจ ความสนใจ และทำที่ต่อไตวายเรื้อรัง ในด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไตวายเรื้อรัง และได้รับการ

รักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

6. การรักษาแบบประคับประคอง

หมายถึง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยเน้นที่

6.1 การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ยาลดภาวะกรดในร่างกาย ยาขับปัสสาวะ ยาขับฟอสเฟต ยาที่มีกรดอะมิโนจำเป็น ยาลดความดัน ยากลุ่มขัดขวางแคลเซียมเข้าเซลล์

6.2 การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม ได้แก่ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค ประกอบด้วยการรับประทานโปรตีนจำเป็น การจำกัดอาหารเค็ม และอาหารที่มีกรดยูริกและฟอสเฟตสูง และการจำกัดน้ำดื่ม

7. เพศ

หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

8. อายุ

หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น

8.1 ต่ำกว่า 30 ปี

8.2 31-50 ปี

8.3 51 ปีขึ้นไป

9. ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งเป็น
(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

9.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

9.2 ประถมศึกษา

9.3 มัธยมศึกษา

9.4 อุดมศึกษา

10. สถานภาพสมรส

หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี/ภรรยา แบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 198)

10.1 โสด หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่เคยมีสามี/ภรรยา

10.2 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสามี/ภรรยา อยู่ด้วยกัน

10.3 หม้าย/หย่า/แยก หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เคยมีสามี/ภรรยา อยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันสามีหรือภรรยาเสียชีวิต/หย่าร้างกัน/แยกกันอยู่

11. อาชีพ

หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งเป็น
(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2)

11.1 รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำงานใน
สังกัดรัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ

11.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่
แผงลอย

11.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือ
เลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

11.4 รับจ้าง เอกชน/ ส่วนตัว หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับจ้างรายวัน
รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

11.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

12. รายได้

หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รวมทั้งคู่สมรส
และผู้ให้ความช่วยเหลือ ต่อเดือน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 48)

12.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

12.2 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน

12.3 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

12.4 สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

13. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ไตวายเรื้อรังจนถึงวันที่
ผู้วิจัยทำการศึกษา

13.1 น้อยกว่า 2 ปี

13.2 ระหว่าง 2-4 ปี

13.3 4 ปี ขึ้นไป

14. จำนวนครั้งที่มารับการรักษา

หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมารับการรักษาตามแพทย์นัด ณ คลินิก
โรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

14.1 1 ครั้ง / 1 เดือน

14.2 1 ครั้ง / 2 เดือน

14.3 1 ครั้ง / 3 เดือน

15. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้รับการช่วยเหลือและการประคับประคองจากครอบครัวและสังคม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534 : 136-137)

16. คลินิกโรคไต

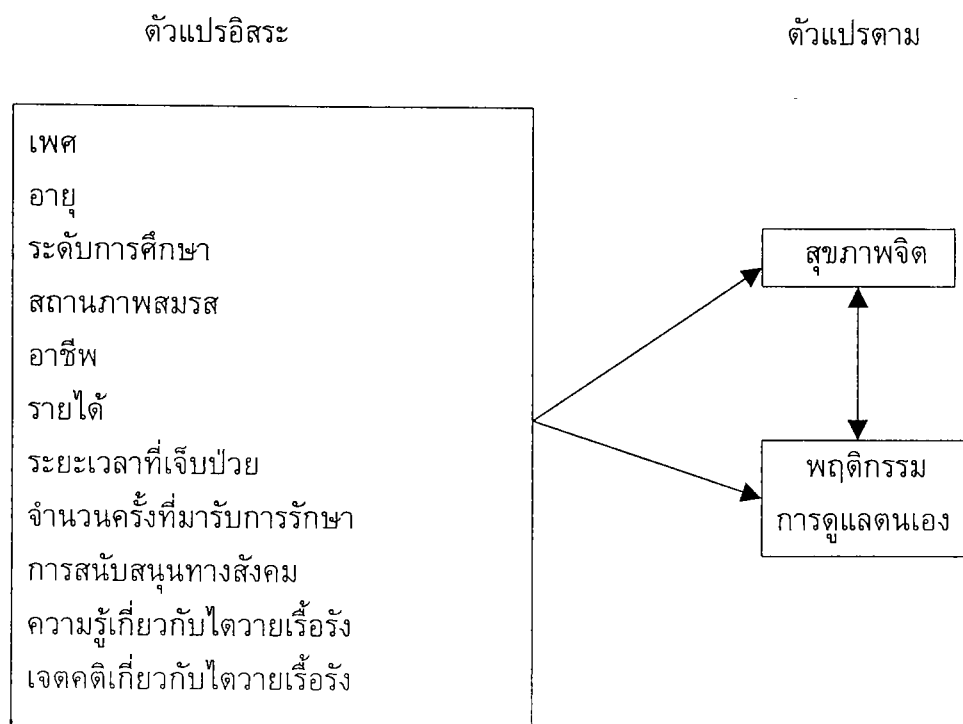
หมายถึง สถานที่ที่ให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตที่มาตรวจตามนัด ตั้งอยู่ที่ตึก ปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เปิดให้บริการในวันพุธ เวลา 13.00 - 16.00 น.

17. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของสภากาชาดไทย ตั้งอยู่เขตกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้บริการในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือประชาชนและผู้ป่วยให้รอดพ้น หรือบรรเทาจากอาการเจ็บป่วย และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยไม่เลือกชนชั้น วรรณะ เพศ และศาสนา

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาที่คุกคามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง น่าจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า และในการตั้งสมมติฐาน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

แตกต่างกัน

12. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
13. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
14. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

15. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

16. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
17. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
18. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

19. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

20. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

แตกต่างกัน

21. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

22. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

แตกต่างกัน

23. คะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ไตวายเรื้อรัง
 - 1.2 สุขภาพจิตและเครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาพจิต
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.5 การสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)

ไตวายเรื้อรัง คือภาวะที่มีการทำลายอย่างถาวรแต่ช้าๆ ที่เนื้อไต ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ไปทีละน้อย จนกระทั่งทำให้เกิดมีความผิดปกติในหน้าที่ใหญ่ๆ ของไต 3 ประการ คือ หน้าที่การขับถ่าย (Excretory) หน้าที่การรักษาสภาวะปกติของร่างกาย (Regulatory function) และหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ (Endocrine function) (สง่า นิลวรังกูร. 2526 : 148)

เลวิส (Lewis. 1981 : 501) ให้ความหมายของไตวายเรื้อรังว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีการทำลายเนื้อไตอย่างถาวรทั้งสองข้าง ใช้เวลาเป็นเดือนถึงเป็นปี กระบวนการที่เกิดค่อนข้างซับซ้อนเพราะไตเป็นอวัยวะที่มีหน่วยทำงานสำรองมาก เมื่อมีการทำลายของเนื้อไตมากกว่าร้อยละ 80 จึงจะตรวจพบอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น กว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็มักจะพบว่ามีการทำลายของเนื้อไตเกิดขึ้นมากกว่าร้อยละ 90 แล้ว ซึ่งตรงกับที่สง่า นิลวรังกูร (2526 : 155) ได้กล่าวว่า ไตวายเรื้อรังจะมีการทำลายหน่วยไต (Nephron) เป็นจำนวนมากถึงแม้หน่วยไตที่เหลืออยู่พยายามทำงานชดเชยส่วนที่สึกหรอไปแล้วก็ตาม ยังมีการคั่งของ

สารยูเรีย (Urea) และครีเอตินิน (Creatinine) ร่างกายเสียสภาพปกติไป มีอาการของยูรีเมีย (Uremia) และมีการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดต่างๆ

การวัดสมรรถภาพของไต ใช้ค่าอัตราการกรองของสารน้ำ (Glomerular filtration rate) เป็นดัชนีในการรักษาผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของค่าครีเอตินินเคลียแรนซ์ (Creatinine clearance) กับซีรัมครีเอตินิน (Serum creatinine) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดของเสีย เมื่อค่าครีเอตินินเคลียแรนซ์กับซีรัมครีเอตินินสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบุถึงระยะที่มีการสูญเสียปริมาณหน่วยไตอย่างมาก จนมีผลกระทบต่อการทำงานของไตปรากฏอย่างชัดเจน การใช้ค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือด (Blood urea nitrogen) เป็นดัชนีวัดสมรรถภาพไตที่แท้จริง เนื่องจากค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงจากหลายปัจจัย เช่น ปริมาณโปรตีนในอาหาร ภาวะการขาดน้ำของกระบวนการแคตาโบลิซึม (Catabolism) ในร่างกาย ทั้งจากการเป็นโรคและยาบางอย่าง เช่น Steroid, Tetracycline เป็นต้น (ถนอม สุภาพร. 2537 : 9-13)

สาเหตุของไตวายเรื้อรัง

สาเหตุของไตวายเรื้อรังมาจากหลายสาเหตุ แบ่งตามลักษณะกายภาพหรือโครงสร้างของไต ซึ่งประกอบด้วยโกลเมอรูลัส (Glomerulus) ระบบหลอดเลือดไต ระบบหลอดเลือดที่ไต ฉะนั้นการที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดมาจากสาเหตุใด ต้องตัดชิ้นเนื้อไต (Renal biopsy) ไปตรวจ จึงจะรู้ว่ามีพยาธิสภาพที่ส่วนใดของไต นอกจากนี้ยังแบ่งตามความสามารถของการเกิดไตวายเฉียบพลัน คือสาเหตุก่อนไต (Pre-renal cause) สาเหตุที่ไต (Renal cause) และสาเหตุนอกไต (Post-renal cause) (สุจิตรา ลิมอำนวยลาม. 2536 : 30-39)

แบ่งลักษณะทางกายภาพหรือโครงสร้างของไต ร่วมกับสาเหตุของโรคที่มีผลกระทบต่อไต มีดังนี้

1. โรคไตโกลเมอรูลัส (Glomerulus) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณร้อยละ 50 ของทั้งหมด มีการทำลายโกลเมอรูลัส ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อโกลเมอรูลัสถูกทำลาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีอาการที่เห็นเด่นชัดคือ มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดและมีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ตรวจเลือดพบอัลบูมิน (Albumin) ต่ำ มีอาการบวมทั่วร่างกายตามมา นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะยูรีเมียในที่สุด

2. โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในส่วนหลอดเลือดไต (Tubular system) โดยเฉพาะเกิดที่หลอดเลือดไตส่วนต้น (Proximal) ทำให้ความสามารถในการควบคุมสมดุลของเกล็ดเลือด กรด-ด่างเสียไป ทำให้ไตเสียหายที่

3. โรคที่ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบแคบหรือขรุขระ (Vascular disease) ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองที่ไตลดลงไปเรื่อยๆ ทำให้ไตค่อยๆ เสียน้ำที่

4. การอักเสบที่เนื้อเยื่อแทรกระหว่างหลอดฝอยไต (Interstitial disease) ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดฝอยไต และหลอดเลือดจากไตถูกทำลาย โรคที่พบบ่อยคือ กรวยไตอักเสบ ซึ่งมักมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง

5. การอุดตัน (Obstruction) ของระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ไตลงมาถึงท่อปัสสาวะซึ่งอาจเกิดจากนิ่ว ก้อนเนื้องอก ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด การอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ มักจะทำให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งอาจลุกลามไปถึงกรวยไต ทำให้มีความดันย้อนกลับไปถึงเนื้อไต ตรวจพบว่ามีไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และอัตราการกรองที่ไตลดลง ทำให้ไตเสียน้ำที่ไป

6. ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (Metabolic disorders) ความผิดปกตินี้มีผลทำให้ไตมีความผิดปกติในเชิงโครงสร้าง และเสียน้ำที่ไปในที่สุด สาเหตุที่พบบ่อยคือโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดและท่อไต และโรคอะไมรอยด์โดสิส (Amyloidosis) ทำให้ส่วนเยื่อฐานโกลเมอรูลัส (Glomerulus basement membrane) หนาขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ

7. โรคไตพิการตั้งแต่กำเนิด (Congenital disease) ได้แก่ ไตมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ (Renal agenesis) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายทันที นอกจากนี้ยังมีสาเหตุทำให้ไตวายเรื้อรังจากโรคไตพิการแต่กำเนิดคือ โรคถุงน้ำในไต (Polycystic kidney)

8. ผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับสารพิษต่อไต เช่น สารเคมี ยาฆ่าแมลงที่ทำลายพืชเห็ดที่เป็นพิษ และคนที่ใช้ยาแก้ปวดที่ประกอบด้วยฟีนาคีติน (Phenacetin) เป็นเวลานาน และสาเหตุของไตวายเรื้อรังที่เกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ดังแสดงในตาราง 1 ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 704 คน รองลงมาเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวานจำนวน 516 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,318 คน โดยการสำรวจจากโรงพยาบาลและศูนย์บริการที่มีการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทั่วประเทศ (อุษณา ลูวีระ. 2539 : 238)

ตาราง 1 สาเหตุไตวายเรื้อรังร่วมกับโรคอื่น

โรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown)	704	30.00
โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)	516	22.00
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	432	19.00
กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis)	402	17.00
นิ่ว (Stone)	44	2.00
โรคถุงน้ำในไต (Polycystic kidney)	36	2.00
โรคไตเป็นตั้งแต่กำเนิด (Congenital)	23	1.00
อื่นๆ (Miscellaneous)	161	7.00
รวม	2,318	100.00

ที่มา : อุษณา ลูวีระ. (2539, ธันวาคม). "การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีไดอะไลซิสในประเทศไทย สถิติ ปี 2538," วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2(3) : 238.

ระยะเวลาการดำเนินของไตวายเรื้อรัง

ระยะเวลาการดำเนินของไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

(สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาม. 2536 : 32-33)

1. ระยะเริ่มแรก (Early stage) ระยะนี้เป็นระยะที่ไตเริ่มมีอัตราการกรองเลือดเพียงร้อยละ 50-90 เนื่องจากในระยะนี้ได้มีการปรับตัวเพื่อให้ไตยังคงทำหน้าที่ในการควบคุมความสมดุลของน้ำ เกลือแร่ กรด-ด่าง ได้อย่างปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ ตรวจเลือดพบค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือดและครีอะตินินอยู่ในระดับปกติ แต่ถ้าในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับสารพิษต่อไต เช่นยาากลุ่ม Aminoglycoside อาจเสี่ยงทำให้ตรวจพบค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือดและครีอะตินินในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อหรือภาวะขาดน้ำ จะมีผลเช่นเดียวกับได้รับยา ระยะนี้จึงจำเป็นต้องระมัดระวังให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากสารพิษยาที่เป็นพิษต่อไต ซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดไตวายได้เร็วขึ้น

2. ระยะที่ไตเสื่อมสภาพ (Renal insufficiency) เป็นระยะที่ไตมีอัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 20-50 แสดงถึงไตเสื่อมหน้าที่ลง ตรวจพบว่าหน่วยไตถูกทำลายไปครึ่งหนึ่งถึงสามในสี่ของหน่วยไตทั้งหมด ผู้ป่วยอาจจะยังไม่แสดงอาการ แต่ถ้าตรวจเลือดพบว่าครีเอตินินสูงขึ้นประมาณ 2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และอาจจะถึง 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงจำนวน และลักษณะปัสสาวะที่ออกมา ไตไม่สามารถทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นขึ้นได้ ผลก็คือทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกมาก และมีปัสสาวะกลางคืนบ่อย

ระยะนี้เมื่อร่างกายเผชิญปัญหาภาวะเครียด ไม่ว่าจะทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ ยิ่งทำให้ระดับค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือดและครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น และมีอาการแสดงทางร่างกายให้เห็นได้อย่างชัดเจนเช่น ชีต เหนื่อยง่าย และความดันโลหิตสูง

3. ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) เป็นระยะที่ไตมีอัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 5-10 ไตเสียหายที่หรือไม่มีความสามารถในการควบคุมความสมดุลต่างๆ ภายในร่างกายได้ ตรวจเลือดพบค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือดและค่าครีเอตินินสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยมีอาการปรากฏทุกระบบของร่างกาย และบอกถึงความต้องการรักษาทั้งแบบประคับประคอง ได้แก่ การจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต

ผลกระทบของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

อาการและอาการแสดงของผลกระทบของภาวะยูรีเมียในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีดังนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. 2536 : 37-39)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

1.1 ความดันโลหิตสูง พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง เกิดเนื่องจาก

1.1.1 มีน้ำและโซเดียมคั่งมาก

1.1.2 มีการกระตุ้นการหลั่งเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงจากไต เกิดจากการที่มีการลดอัตราการไหลของเลือดมาที่ไตน้อยลง มีการกระตุ้นจังก์ตาโกลเมอรูลา แอปพาราตัส (Juxtaglomerular apparatus) หลั่งเอนไซม์เรนิน ซึ่งกระตุ้นให้สร้างแองจิโอเทนซิน 1 และ 2 ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดูลาให้หลั่งอัลโดสเตอโรน มีผลทำให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำมากขึ้น ทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น

1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้บ่อยมาก สาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายมากเกินไป ภาวะโลหิตจาง และอาจพบในผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยเครื่องไตเทียมที่เกิดจากการเอาเลือดออกมากเกินไป

1.3 ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ พบได้บ่อยร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มักพบร่วมกับภาวะที่มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ หรือมีเพียงเจ็บหน้าอก เวลาหายใจเข้าอาจฟังได้ยินเสียงเพอร์ริคาร์เดียล ฟริคชันรับ (Pericardial friction rub)

2. ระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อยคือน้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ มักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำท่วมปอด มีสาเหตุมาจากการไม่จำกัดน้ำและเกลือแร่ หรืออาจได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดมากเกินไปในช่วงที่มีปัสสาวะออกน้อย ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วด้วยการล้างไต (Dialysis) อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องไตเทียม เพื่อช่วยในการขับน้ำออกอย่างรวดเร็ว ส่วนภาวะปอดอักเสบ มักเกิดจากเมื่อมีภาวะยูรีเมียรุนแรง ค่ายูเรียในโตรเจนในเลือดและครีเอตินินสูงมาก ถ้าไม่รักษาอาจทำให้มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้

3. ระบบประสาท ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ดังนี้

3.1 ระบบประสาทส่วนกลาง เริ่มตั้งแต่มีอาการซึมลง ขาดความมีสมาธิ ความตั้งใจในการทำงานลดลง การตัดสินใจไม่ดี เมื่อเป็นมากขึ้นอาจเกิดอาการสับสน ไม่รู้ วันเวลา สถานที่ บุคคล ประสาทหลอน และกลายเป็นโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพก่อนเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลด้วย อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน แต่มักง่วงซึมในเวลากลางวัน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีอาการกระตุก ชัก เพ้อ หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุดต้อง แก้ไขด้วยการล้างไต

3.2 ระบบประสาทส่วนปลาย มักพบว่ามีอาการร้อนที่เท้า กดเจ็บ มีอาการขยับเท้าตลอดเวลา ต่อมาจะมีอาการชา ผู้ป่วยจะเดินเท้าห่าง ทำให้การทรงตัวไม่ดี อาการเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไข โดยการล้างไต

4. ระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน พบว่ามีแผลที่ปากกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย) ลำไส้เล็กส่วนต้น และลำไส้ใหญ่ มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก มีเลือดออก นอกจากนี้ผู้ป่วยหายใจได้กลิ่นปัสสาวะ (Uremic fetor) การรับรู้รสเปลี่ยน และมีอาการระส่ำ

5. ระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด ภาวะที่พบบ่อยในระบบ คือภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะความดันโลหิตต่ำ

5.1 ภาวะโลหิตจาง เป็นภาวะที่ทำให้โรคไตรุนแรงขึ้น ถึงแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก็ตาม พบว่าระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6 กรัมเปอร์เซ็นต์ สาเหตุภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยนี้เกิดจาก

5.1.1 มีการสร้างสารโปรตีนอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) ลดลง ปกติสารโปรตีนนี้ถูกสร้างที่ไต มีหน้าที่ไปกระตุ้นไขกระดูกให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้น

5.1.2 เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายมีภาวะเป็นกรด มีสารพิษมาก เช่น กัวนิติน (Guanidine) ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่าย มีอายุสั้นกว่าปกติ ร้อยละ 30-50 ของอายุเม็ดเลือดแดง

5.1.3 มีการสูญเสียเลือดไปกับระบบทางเดินอาหาร การเจาะเลือดไปตรวจบ่อยๆ และการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ประมาณเดือนละ 400-600 มิลลิลิตร ทำให้มีการสูญเสียเหล็กไปด้วย (เลือด 20 มิลลิลิตร มีเหล็ก 5 มิลลิกรัม) ฉะนั้นผู้ป่วยจึงมีภาวะซีดจากการขาดเหล็กเป็นส่วนใหญ่ (Iron deficiency anemia)

5.1.4 มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ (Parathyroid hormone) มาก เนื่องจากการกระตุ้นจากการขาดแคลเซียมในเลือดมีผลทำให้เซลล์ไขกระดูกตาย (Fibrosis) ไขกระดูกฝ่อ จึงไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงได้ ฉะนั้นในภาวะนี้อาจจะต้องให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก กรดโฟลิก (Folic acid) และให้เลือด

5.2 ภาวะเลือดออกง่ายในภาวะยูรีเมีย ตรวจพบว่าเกล็ดเลือดมีคุณภาพลดลง และยังทำให้ส่วนประกอบของเกล็ดเลือดชนิดที่สาม (Platelet factor III) ลดลง ทำให้การแข็งตัวของเลือดต้องใช้เวลานาน อาจพบว่ามีเกล็ดเลือดต่ำ

5.3 ภาวะความต้านทานต่อโรคต่ำ ภาวะยูรีเมียทำให้ระดับโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรค (Immunoglobulin) และคอมพลีเมนต์ (Complement) ต่ำ ทำให้ความต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ เพราะสารพิษต่างๆ ไปยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะยูรีเมีย อาจพบวากล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และเจ็บปวดตามข้อ ซึ่งอาจเป็นผลจากการเกาะของแคลเซียม

7. ผิวหนัง แม้ว่าผลกระทบของภาวะยูรีเมียต่อผิวหนังจะมีความรุนแรงน้อยกว่าระบบอื่นๆ ของร่างกายก็ตาม แต่อาการที่เกิดขึ้นกับผิวหนังนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

8. ความไม่สมดุลของเกลือแร่ และความเป็นกรด มักพบความไม่สมดุลของเกลือแร่ และความเป็นกรดในไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพบว่ามีความเป็นกรดสูง โพแทสเซียมสูง ฟอสเฟตสูง แมกนีเซียมสูง โซเดียมอาจจะสูงหรือต่ำ แคลเซียมต่ำ เนื่องจากไตไม่สามารถรักษาความสมดุลในการขับหรือดูดซึมกลับของเกลือแร่ได้

9. ต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่นต่อมธัยรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมพิทูอิทารี ต่อมพาราธัยรอยด์ มีผลทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า ตรวจพบว่าเป็นโรคคอพอก อวัยวะเพศเจริญเติบโตไม่เต็มที่ (โดยเฉพาะในเด็ก)

10. ระบบสืบพันธุ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรู้สึกระคายเคืองทางเพศลดลง และเป็นหมัน ในผู้หญิงไม่มีประจำเดือน หรือมีมาไม่สม่ำเสมอ การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนไม่ช่วยให้ทั้งสองเพศมีความรู้สึกทางเพศดีขึ้น แต่การปลูกถ่ายไตจะช่วยให้ความต้องการทางเพศดีขึ้น

11. ตา มักพบว่ามีตาแดง (Red eye syndrome) เนื่องจากแคลเซียมไปเกาะที่เยื่อบุตา ทำให้เกิดการระคายเคือง นอกจากนี้อาจพบว่ามีภาวะผิดปกติของตา (Retinopathy)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของไตวายเรื้อรัง แตกต่างกันไปตามสมรรถภาพของไต ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติเลย นอกจากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ความถี่ของปัสสาวะต่ำ และความดันโลหิตสูง หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ และความจำเสื่อม ใจคอหงุดหงิด บางรายตรวจพบว่ามีไข้ ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย ไตวายเรื้อรังในระยะแรกนี้อาจกินเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน (สง่า นิลวรานุรักษ์. 2526 :160)

เมื่อสมรรถภาพของไตเสื่อมลงไปมาก จะแสดงอาการมากขึ้น อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง ชีพ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อนอึดอัดในหน้าอก กลางคืนนอนไม่หลับ ปัสสาวะเริ่มลดจำนวนลง ต่อมาจะมีมูกและเลือดปน เจ็บหน้าอก หายใจอึดอัดตอนกลางคืนและต้องตื่นขึ้นมาไอบ่อยๆ เหนื่อยมากขึ้น ปัสสาวะลดจำนวนลงมาก บางรายบวม เลือดคั่งในหลอดเลือดดำ ปรากฏเสียงแทรกชนิดละเอียด (Fine crepitation) ที่ชายปอด การตรวจทางรังสีพบลักษณะของปอดยูเรมิก (Uremic lung) (คือเงาที่ปรากฏบริเวณชายปอด) ผิวหนังแห้ง เหลืองคล้ำและซีด บางรายคันที่ผิวหนังมาก มีรอยเกา หรือพบจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไอเป็นฟองเลือด อาเจียนเป็นเลือดสีดํา ถ่ายอุจจาระสีดํา ไม่รู้สึกหิว กระดุก การหายใจไม่สม่ำเสมอ ซิพอร์ไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยมักเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ เลือดคั่งในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) โพแทสเซียมสูง และภาวะยูริเมีย

การวินิจฉัยไตวายเรื้อรัง

การวินิจฉัยไตวายเรื้อรัง สามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่อไปนี้

1. จากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และประวัติครอบครัว ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาหลายปี เคยตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ เคยมีปัสสาวะเป็นเลือด เคยบวมทั่วร่างกาย เคยเป็นนิ่ว เคยมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ เคย

เป็นวัณโรคมาก่อน และมีประวัติครอบครัวว่าคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเกาท์ และโรคเบาหวาน

2. ตรวจร่างกาย ขึ้นอยู่กับระยะ และการดำเนินของไตวายเรื้อรัง แต่ผู้ป่วย มักมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการของภาวะยูรีเมีย ซึ่งพบในไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มักมาด้วย อาการหอบเหนื่อย บวมทั่วตัว ปัสสาวะออกน้อย ตรวจตามระบบของอวัยวะของร่างกายมักพบ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ มีอาการสับสน ซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซา ตามปลายมือปลายเท้า

ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะหัวใจโตร่วมกับความดันโลหิตสูง อาจ มีเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หลอดเลือดที่คอโป่งพอง

ระบบทางเดินหายใจ-ปอด มีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีน้ำท่วมปอด

ระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

ผิวหนัง-ผม มีภาวะซีด ผิวหนังแห้งและคัน อาจมีจ้ำเลือด ผดผื่น เพราะ ร่วงง่าย สีผมเปลี่ยน

นอกจากนี้ตรวจตาอาจมีอาการตามัว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเลือดพบระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือด และครีเอตินินสูง ค่าโพแทสเซียมสูง และมีภาวะความเป็นกรดสูง ตรวจปัสสาวะอาจพบโปรตีน ออกมามาก หรืออาจพบเม็ดเลือดแดง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุของไตวายเรื้อรัง

การรักษา

การรักษา แบ่งออกเป็น

1. การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ ทั้งนี้เพื่อให้ไตส่วนที่เหลืออยู่ไม่เสียต่อไปอีก (สุชาติ อินทรประสิทธิ์. 2531 : 705-709)

1.1 โรคหน่วยไตอักเสบ (Glomerulonephritis) ต้องพิจารณาว่ายังมีการ อักเสบดำเนินอยู่หรือไม่ ถ้ามีให้ยาลดการอักเสบ ซึ่งได้แก่ ยาประเภท Steroid และยากด ภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive agents) ยาประเภทนี้อาจต้องให้เป็นเวลานาน จนกว่าการ อักเสบจะหายไป นอกจากนั้นต้องพยายามหลีกเลี่ยงการกระตุ้นการอักเสบจากสารต่างๆ ถึงแม้ จะไม่ทราบว่าสารที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการอักเสบที่ใดเป็นสารอะไร จึงเป็นที่ทราบกันว่าเมื่อ เกิดการอักเสบของหน่วยไตขึ้น และถึงแม้จะสงบไปแล้ว ถ้าเกิดการอักเสบขึ้นที่อวัยวะอื่น ก็มีผล ทำให้การอักเสบที่ไตกำเริบขึ้นได้อีก ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการได้รับสารโปรตีน เช่น การปลูกฝี จิตวัคซัน ซึ่งเป็นโปรตีนแปลกปลอม อาจทำให้เกิดการอักเสบขึ้นได้

1.2 โรคที่เกิดจากความผิดปกติของท่อไต (Tubulo interstitial nephritis) ส่วนมากเกิดจากการติดเชื้อ สารพิษ และการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจำเป็นต้องรักษา

สาเหตุ ถ้ารักษาได้ เช่น การผ่าตัดแก้ไขการอุดตัน งดหรือหลีกเลี่ยงสารพิษ ป้องกันและรักษา โรคติดเชื้อ เนื่องจากโรคในกลุ่มนี้มักเป็นโรคที่รักษาได้ จึงควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เพราะถ้าแก้ไขได้แล้วจะทำให้ไตฟื้นคืนมาทำงานได้

1.3 ไตวายเรื้อรังที่เกิดจากโรคอื่น (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์) ต้องควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุ เพื่อไม่ให้โรคดังกล่าวทำลายไตมากขึ้น

2. การรักษาแบบประคับประคอง

เนื่องจากไตทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานอวัยวะอื่น ถึงแม้ไตจะทำงานน้อยลง แต่อวัยวะอื่นยังทำงานเต็มที่อยู่เท่าเดิม และของเสียที่เกิดยังคงเดิม เพราะผู้ป่วยไม่ได้ ตัวเล็กลงตามส่วนของไตที่เล็กลง ทำให้หน่วยของไตที่ยังเหลืออยู่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นมาก ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีทฤษฎีที่สร้างขึ้นโดยแพทย์โรคไตชาวอเมริกัน คือ เบรินเนอร์ (Brenner) กล่าวว่า การที่หน่วยไตต้องทำงานหนักจากการที่มีหน่วยไตน้อยลงนี้ ทำให้มีการเสียของหน่วยไตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งๆ ที่โรคที่เป็นสาเหตุได้ถูกรักษาไปเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจึงมีการรักษาไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยการพยายามลดการทำงานของหน่วยไตที่เหลืออยู่ดังนี้

2.1 ลดอาหารโปรตีนลงให้เหลือเพียงที่จำเป็น ที่จะไปสร้างเสริมส่วนที่เสียไปในผู้ใหญ่ เพราะร่างกายไม่ต้องการการเติบโตอีกแล้ว โดยกำหนดให้ไม่เกิน 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และโปรตีนที่ได้ต้องเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ (High biological proteins) เพื่อจะได้นำไปสร้างโปรตีน ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ถ้าได้โปรตีนคุณภาพต่ำจะเป็นโทษ เพราะจะสร้างเป็นโปรตีนใหม่ไม่ได้ แต่จะถูกทำลายเป็นของเสียมากขึ้น อาหารโปรตีน ควรเป็นโปรตีนประเภท นม ไข่ขาว

2.2 อาหารต้องมีพลังงานเพียงพอ เพื่อจะได้ไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อโปรตีนออกมาเป็นพลังงาน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงต้องการเสริมอาหาร และพลังงานจากแป้งและไขมัน

2.3 ควบคุมจำนวนน้ำและเกลือแร่ให้พอดี เนื่องจากเมื่อหน่วยของไตทำงานน้อยลง ความสามารถในการควบคุมระดับและปริมาณของน้ำและเกลือแร่จะลดลง ผู้ป่วยจะมีการขาดหรือเกินของน้ำและเกลือแร่ได้ง่าย คือถ้ากินน้อยไป ร่างกายยังคงขับถ่ายอยู่ด้วยจำนวนคงที่ เพราะไตเก็บไม่ได้ ถ้ากินมากไปไตก็จะขับออกไม่ทัน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงได้รับคำแนะนำให้มีการชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อจัดขนาดน้ำและเกลือแร่ให้พอดีด้วยตนเอง ถ้ามีการเสียน้ำไป (เช่น ท้องเดิน อาเจียน) ก็ควรได้รับน้ำเกลือเข้าหลอดเลือดดำทดแทนทันที ถ้าอาการแสดงว่าน้ำเกินก็ต้องดื่มน้ำหรือให้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง เพื่อป้องกันการเกิดน้ำท่วมปอด

ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำหรือรับประทานของที่เมื่อละลายแล้วกลายเป็นน้ำให้พอดีกับปริมาณน้ำปัสสาวะที่ไตสามารถขับออกได้ในขณะนั้น ปริมาณน้ำดื่มที่พอดีสำหรับผู้ป่วย

แต่ละรายจะเท่ากับน้ำที่เสียไปทางอื่น (ซึ่งในวันหนึ่งๆ มีปริมาณ 800 มิลลิลิตร หรือ 1 ขวดน้ำพลาสติก) รวมกับปริมาณปัสสาวะ ฉะนั้นผู้ป่วยอาจคำนวณปริมาณน้ำดื่มได้ง่ายๆ ดังนี้

น้ำที่ควรได้รับ 800 มิลลิลิตร + ปริมาณปัสสาวะ

ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะ 700 มิลลิลิตรต่อวัน

น้ำที่ควรได้รับ $800+700 = 1,500$ มิลลิลิตรต่อวัน

การหาปริมาณปัสสาวะต่อวันทำได้โดยตวงและวัดปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง สัก 2-3 ครั้ง และนำปริมาณปัสสาวะที่วัดได้มาคำนวณหาปริมาณน้ำที่ควรได้รับต่อวัน ปริมาณน้ำที่คำนวณได้จะใช้ได้จนกระทั่งปริมาณปัสสาวะลดลงมาก เมื่อใดที่พบว่าปริมาณปัสสาวะลดลงกว่าเดิมมากให้ตวงและวัดปริมาณปัสสาวะใหม่ แล้วนำค่าที่ได้ใหม่มาคำนวณหาปริมาณน้ำที่ต้องการในแต่ละวัน

การวัดปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ถ้าเริ่มต้น 7.00 น. ให้ถ่ายปัสสาวะตอน 7.00น. ทิ้งให้หมด หลังจากนั้นเก็บปัสสาวะที่ถ่ายทุกครั้งลงในขวด (ถ้าจะถ่ายอุจจาระควรถ่ายปัสสาวะเก็บไว้ก่อน) จนถึง 7.00 น. ของวันรุ่งขึ้น ให้ถ่ายปัสสาวะให้หมดแล้วเก็บลงในขวดเป็นครั้งสุดท้าย วัดปริมาณปัสสาวะที่ได้ทั้งหมด ในทางปฏิบัติ เมื่อทราบปริมาณน้ำในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถควบคุมไม่ให้ร่างกายได้รับน้ำมากเกินไป โดยเตรียมน้ำดื่มใส่ขวดไว้ให้มีปริมาณเท่ากับปริมาณที่คำนวณได้ใน 1 วัน แล้วดื่มน้ำที่เตรียมไว้ในขวด หากได้รับน้ำจากที่อื่น เช่น น้ำแกง น้ำส้ม น้ำแข็ง เยลลี และไอศกรีม เป็นต้น ให้รินน้ำจากขวดทิ้งเท่ากับปริมาณน้ำที่ได้รับจากแหล่งอื่น

การควบคุมโซเดียม

โซเดียม คือเกลือที่ทำให้อาหารมีรสเค็ม มีอยู่ในอาหารทั่วไปเล็กน้อยแล้วแต่ชนิด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องปรับปริมาณโซเดียม ที่ได้รับแต่ละวันตามความสามารถของไต ในการขับโซเดียมเช่นเดียวกับน้ำ ในผู้ป่วยที่บวม หรือมีปัสสาวะน้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน ควรดื่มน้ำเกลือในอาหาร งดใช้เครื่องปรุง และไม่ควรรับประทานอาหารที่เค็มซึ่งถือว่าเป็นของต้องห้ามสำหรับโรคไต

การควบคุมโพแทสเซียม

ไตมีหน้าที่ควบคุมปริมาณโพแทสเซียมในร่างกาย เช่นเดียวกับน้ำและโซเดียม ร่างกายได้รับโพแทสเซียมจากอาหาร เมื่อไตไม่ทำงาน การขับโพแทสเซียมจะลดลง หากไม่ลดปริมาณโพแทสเซียมในอาหาร จะเกิดการคั่งของโพแทสเซียมในร่างกาย ซึ่งจะมีอันตรายต่อหัวใจและอาจทำให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้ ผู้ป่วยไตวายที่มีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 800 มิลลิลิตรต่อวัน จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมสูง

2.4 หลีกเลี่ยงสารที่อาจจะเป็นพิษต่อไต เช่น กรดยูริก (Uric acid) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเครื่องในและผักยอดอ่อน ถ้ามีกรดยูริกในร่างกายสูง ต้องให้ยาลดการสร้าง

กรดยูริก ได้แก่ Oroseltin ขนาด 100-300 มิลลิกรัมต่อวัน จนระดับกรดยูริกในเลือดอยู่ในระดับปกติ และต้องหลีกเลี่ยงยาต่างๆ ที่มีพิษต่อไต

2.5 หลีกเลี่ยงการเกิดการอักเสบในร่างกาย โดยเฉพาะการติดเชื้อจะทำให้เกิดของเสียในร่างกายเพิ่มอย่างรวดเร็ว เพราะไตมีขีดจำกัดในการขับถ่ายของเสียที่เกิดขึ้น

3. การรักษาเพื่อแก้ความผิดปกติของสารต่างๆ ในเลือด

เมื่อไตทำงานน้อยกว่าร้อยละ 25 จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับของสารต่างๆ ในเลือด สารที่จำเป็นจะต้องถูกปรับให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายมากนัก มีดังนี้

3.1 ภาวะเลือดจาง พบว่าถ้าฮีมาโตคริต (Hematocrit) ต่ำกว่าร้อยละ 20 หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโลหิตจาง (เช่น เหนื่อยมาก เวียนศีรษะ เป็นลม) จำเป็นต้องให้เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงล้วน (Pack red cell) จนฮีมาโตคริตสูงกว่าร้อยละ 20 มีข้อแนะนำว่าไม่จำเป็นต้องให้เลือดจนฮีมาโตคริตสูงกว่านี้ เพราะจะต้องให้เลือดบ่อย

3.2 ภาวะเลือดเป็นกรด จะต้องมีการให้โซเดียมไบคาร์บอเนต เมื่อคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดลดลงต่ำกว่า 15 mmole/L เพราะภาวะเลือดเป็นกรดมาก จะทำให้เซลล์ต่างๆ ทำงานไม่ดี เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดอาการหัวใจวายได้ง่าย

3.3 ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง จะต้องให้อลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ เพื่อรวมกับฟอสเฟตในทางเดินอาหารจะทำให้ฟอสเฟตในเลือดลดลงได้ การลดฟอสเฟตจะป้องกันการตกตะกอนของแคลเซียมฟอสเฟตในเนื้อเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ไต จะทำให้ไตทำงานน้อยลง

4. การรักษาไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ระยะนี้การทำหน้าที่ของไตไม่สามารถจะขับถ่ายของเสียออกในปริมาณที่จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ พบว่าเมื่อไตทำงานได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 จำเป็นต้องมีการช่วยชีวิตผู้ป่วย ในปัจจุบันนี้การรักษามี 3 วิธี (สุพรรณ วาณิชการ. 2532 : 8 ; สุชาติ อินทรประสิทธิ์. 2531 : 707-708)

4.1 การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการรักษาตามอาการ

4.2 การล้างไต (Dialysis) กระทำได้ 2 วิธี

4.2.1 การล้างไตโดยผ่านทางเยื่อช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นวิธีในการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ในภาวะที่ไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ โดย น้ำยาล้างไต (Dialysate fluid) จะแลกเปลี่ยนกันโดยผ่านเยื่อชั้น ซึ่งก็คือผนังหลอดเลือดของช่องท้อง ซึ่งมีพื้นที่มากถึง 2,200 ตารางเซนติเมตร ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 70 กิโลกรัม โดยการแพร่ (Diffusion) น้ำหนักโมเลกุลของสารที่จะซึมผ่านผนังหลอดเลือดของช่องท้องจะต้องมีน้ำ

หนักโมเลกุลน้อยกว่า 2,500 หรือน้ำหนักโมเลกุลเท่ากับหรือน้อยกว่าอัลบูมิน (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. 2526 :46-47)

ในปัจจุบันนิยมการล้างไตโดยผ่านทางเยื่อช่องท้องแบบ

ถาวรด้วยตนเอง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) (สุพัฒน์ วาณิชยการ. 2532 : 8) โดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้อง ทางสายที่ฝังไว้อย่างถาวร ทิ้งน้ำยาไว้ในช่องท้อง 4-6 ชั่วโมง แล้วจึงปล่อยน้ำยาทิ้งไป ต่อจากนั้นเริ่มใหม่ไปเรื่อยๆ โดยทำวันละ 4-5 ครั้ง และทำทุกวันไม่มีวันหยุด (สุชาติ อินทรประสิทธิ์. 2531 :707-708)

4.2.2 การล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ทำได้โดยนำเลือดของผู้ป่วยออกมาล้างของเสียในเครื่องไตเทียม สำหรับวิธีการที่จะนำเลือดจากตัวผู้ป่วยออกมาจะต้องมีการต่อเส้นเลือดแดงและดำขนาดใหญ่เตรียมไว้ก่อน ท่อที่ใช้ต่ออาจจะอยู่เหนือหรือใต้ผิวหนัง ถ้าใช้ท่อชนิดอยู่เหนือผิวหนัง เวลานั้นจะนำเลือดออกมาต้องถอดท่อออก นำเลือดจากเส้นเลือดแดงใหญ่ให้ไหลผ่านเครื่อง แล้วจึงนำเลือดที่ล้างแล้วกลับเข้าร่างกายทางเส้นเลือดดำ ถ้าเป็นท่อชนิดที่ฝังไว้ใต้ผิวหนัง ก็ต้องใช้เข็มเบอร์ 16 แทง 2 เข็ม เข็มหนึ่งใช้ดูดเลือดออก และส่งเลือดกลับทางอีกเข็มหนึ่ง ข้อดีของท่อเหนือผิวหนังอยู่ตรงที่ได้เลือดออกมาล้างมากพอ และไม่ต้องมีการแทงเข็มซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่มีข้อเสียคือ ติดเชื้อได้ง่าย ส่วนท่อที่ยังฝังใต้ผิวหนังนั้นมีการติดเชื้อมาก แต่ลำบากเวลาเอาเลือดออกมาล้างจะต้องแทงเข็ม และเลือดอาจไหลออกมาไม่เพียงพอ การล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมนี้นี้ต้องทำเป็นระยะๆ ไปประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพราะเป็นการล้างของเสียที่เกิดขึ้นภายในร่างกายแทนไตซึ่งไม่ทำงาน จึงต้องทำตลอดไปตราบเท่าที่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ (สุชาติ อินทรประสิทธิ์. 2531 : 707)

4.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการนำไตที่ยังปกติของคนใส่เข้าไปในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ถ้าร่างกายผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยอมรับไตที่ใส่เข้าไป ไตใหม่จะทำงานแทนไตที่เสียไปได้ ไตที่ได้มานี้อาจนำมาจากคนที่ตายใหม่ๆ ที่ไม่มีโรคไตอยู่เดิม (Cadaveric donor) ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมด้วย อุบัติเหตุหรือโรคทางสมอง อีกวิธีหนึ่งจะนำไตมาจากผู้ร่วมสายเลือด เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก (Related donor) แต่ก่อนที่จะได้ไตมาใช้ทั้ง 2 วิธี จะต้องทำการตรวจสอบหมู่เลือด เม็ดเลือดขาว และน้ำเหลือง ของทั้ง 2 ฝ่าย ว่าสามารถเข้ากันได้ อันเป็นข้อบ่งชี้เบื้องต้นว่า ผู้ป่วยอาจยอมรับไตของผู้ให้

สุขภาพจิต (Mental health)

ได้มีผู้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิต ไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2521 : 5) สุขภาพจิต คือสภาพของชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมากมาย ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ สุขภาพจิตนี้ตั้งต้นมาจากครอบครัว การพัฒนาจิตใจของเด็กจากพ่อแม่ ที่ดีพร้อมด้วยความรัก ความเข้าใจ และเห็นใจ คือยอดของการสร้างสุขภาพจิตที่ดี และป้องกัน สุขภาพจิตที่เสื่อมในผู้ใหญ่ในเวลาต่อมา

สุจิต สุวรรณชีพ (2525 : 4-5) ให้ความหมายของสุขภาพจิต ว่าเป็นภาพของจิตใจที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริง ในการดำรงชีวิต สุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไปไม่คงที่ เปลี่ยนแปลง กลับไปกลับมา ทุกข์บ้าง สุขบ้าง จากแรงผลักดันทั้งภายในตนเอง และจากผู้คนในสังคม ครอบครัว และสังคมรอบตัว การที่จะพิจารณาว่าใครมีสุขภาพจิตดีนั้นต้องพิจารณาจากความสมบูรณ์ถูกต้องในการรับรู้ มีเหตุผลดี มีความรู้สึกไม่สับสน วุ่นวาย และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่เกิดทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่น และยังมีประโยชน์ต่อสังคมอีกด้วย

สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 2) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือสุขภาพของจิตใจของมนุษย์ หรือการมีสภาพจิตที่ดี เช่นมีจิตใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใดๆ มีแนวความคิดถูกต้อง ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตเสื่อม ย่อมหมายถึงบุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีความกังวลทุกข์ร้อนอยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิดพฤติกรรมผิดไปจากปกติ

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2527 : 69) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง คุณภาพหรือสุขภาพ การนึกคิด มีรูปแบบการนึกคิดไปทางบวก ไม่ยึดมั่นในความคิด ความรู้สึก ค่านิยม เฉพาะตน ไม่มุ่งโทษผู้อื่น แต่จะแก้ปัญหาโดยตรง มีพฤติกรรมเหมาะสมกับเพศ วัย และ สิ่งแวดล้อมโดยตรง ไม่มีความคับข้องใจมากนัก

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และเสริมว่าในการดำเนินชีวิตปุถุชนย่อมต้องเผชิญความทุกข์ ความตึงเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหา หรือผ่อนปรน และหาทางออกที่เหมาะสม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 6) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กองสุขภาพจิต (2532 : 1) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า คือสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ สภาพของจิตใจจะมีความสมบูรณ์เพียงใด ดูได้จากความสามารถในเรื่องต่อไปนี้

1. การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตรและความเป็นมิตรนั้นได้รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข

2. พืชอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหา และปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อประโยชน์ได้ ในท่ามกลางความเป็นอยู่และความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม

2. รู้จักพอใจ หมายถึง ความสามารถในการทำให้ยอมรับในสิ่งที่อยากได้อีกเป็นเท่าที่เป็นอยู่จริง ได้ด้วยความสบายใจ

องค์การอนามัยโลก (World health organization) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ไว้ว่า หมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่เพียงแต่จะปราศจากโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุล สามารถสนองความต้องการของคนในโลกได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งใดๆ ภายในจิตใจของตนเอง (สุจินต์ ปรีชามารภ. 2535 : 14)

กลาสเซอร์ (Glasser. 1960 : 187-189) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความรับผิดชอบ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะสนองความต้องการต่างๆ ได้สำเร็จ โดยไม่ขัดขวางกับคนอื่น และสนองความต้องการต่างๆ ของเขา โดยที่ความต้องการพื้นฐาน นั้นจำแนกได้ 2 ประการ คือ ความต้องการที่จะรักและต้องการเป็นที่รักของคนอื่น กับความต้องการว่าตนเองมีค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

มูลี (Mouly. 1965 : 165-167) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

เบอร์นาร์ด (Bernard. 1970 : 17) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถพิเศษในการปรับตัวของบุคคลเพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ มีความพอใจ สุขใจ และพฤติกรรมนั้นไม่ขัดต่อสังคม คนมีสุขภาพจิตดีสามารถจะเผชิญและยอมรับความเป็นจริงในชีวิต สุขภาพจิตของบุคคลจะดีที่สุด เมื่อบุคคลนั้นยอมรับความสำเร็จของตนเองตามสภาพความเป็นจริง และความสามารถของตนเองด้วยความพอใจ โดยได้รับความกระทบกระเทือนหรือความคับข้องใจน้อยที่สุด บุคคลจะมีสุขภาพจิตในขั้นที่น่าพอใจ ถ้าบุคคลนั้นไม่ตึงเครียดต่อความไม่สมหวัง จะไม่มีปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง แต่จะรักษาไว้ซึ่งความมีเหตุผล มีการแสดงออกเหมาะสมกับกาลเทศะ

ความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง การมีชีวิตที่เป็นสุข มีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสนุกสนานร่าเริง สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันมีรากฐานมาจากครอบครัวที่พร้อม

ด้วยความรัก ความเข้าใจ สามารถที่จะเผชิญปัญหาได้ และปรับตัวให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อม และอาชีพการงานได้เป็นอย่างดี

ความสำคัญของสุขภาพจิต

คนทั่วไปมักเข้าใจว่า สุขภาพดี หมายถึง เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง และสมบูรณ์เท่านั้น แต่ความเป็นจริงแล้ว การที่คนจะมีสุขภาพดีนั้น จะต้องประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้ด้วย และเป็นที่ตระหนักกันดีว่าสภาพทางสังคมได้แปรเปลี่ยนแตกต่างกันไปตามวันเวลาที่ได้เปลี่ยนแปลงไป มีความสับสน วุ่นวายและมีความสลับซับซ้อนขึ้น อันเนื่องมาจากภายนอกและภายในประเทศ ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีใหม่ๆ อาทิเช่น โทรศัพท์ วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เครื่องยนต์กลไกต่างๆ ตลอดจนเครื่องมือสื่อสาร และเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการดำรงชีวิต ความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ ความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ทางการเมือง การปกครอง ฯลฯ ทำให้กระทบกระเทือนต่อความสงบสุขในการดำเนินชีวิต สังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการต่อสู้ชิงดีชิงเด่นเพื่อความอยู่รอด อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะการเช่นนี้ ทำให้คนประสบความยุ่งยาก สับสน วุ่นวายในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์หนีไม่พ้นการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ความสมหวัง ความผิดหวัง ความดีใจหรือเสียใจ ความทุกข์และความสุข การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจะมีผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความเครียด ทำให้เกิดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรอย่างน้อย 500 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 ของประชากรโลก กำลังมีอาการผิดปกติทางจิต ประชากรกว่า 500 ล้านคน กำลังมีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง ประชากร 155 ล้านคน มีอาการทางประสาท ประชากร 120 ล้านคน ปัญญาอ่อน ประชากร 100 ล้านคน มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ประชากร 16 ล้านคนเป็นบ้า (ใกล้เคียง 2538 : 20) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนทุกวันนี้กำลังประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งถ้าคนกลุ่มใดหรือชุมชนใดมีมาก หรือมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นั้น ย่อมแสดงถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชน ในขณะนั้นกำลังเสื่อม ควรได้รับความช่วยเหลือแก้ไข

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

สุขภาพจิตเป็นเรื่องของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ ในแง่ความรู้สึกนึกคิดทั้งต่อตนเองและต่อคนอื่นในสังคม ความสามารถในการเผชิญกับชีวิตและความสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างราบรื่น ได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก เสนอลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตดี 4 ประการ
(สุวิทย์ อารีกุล. 2522 : 9)

1. ระวังอารมณ์ได้ ปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ต่างๆ ได้
2. พอใจสังคม ให้บริการแก่สังคมได้
3. แม้จะมีความเจ็บป่วยความพิการทางกายแต่ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข
4. ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเจตคติที่ดี มีอนาคตที่ดี นั้นหมายความว่า เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

สุวิทย์ อารีกุล (2522 : 9) กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. สามารถเผชิญความจริง ทั้งความทุกข์และความสุขได้
2. มีความเป็นอิสระ มีเหตุผล ไม่ดีใจอัน ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ไม่โทษผู้อื่น สามารถรับฟังคำวิจารณ์ของผู้อื่นได้
3. มีความรักผู้อื่นนอกจากรักตนเอง
4. ฟังหาผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น ไม่คอยแต่จะฟังผู้อื่น
5. สามารถระวังอารมณ์โกรธและเกลียดได้
6. สามารถรอคอยสิ่งที่มุ่งหวัง โดยการอดทนคอยเพื่อผลประโยชน์ที่ดีกว่า
7. พักผ่อนสมองและอารมณ์เมื่อถึงเวลา มีการหยุดพักผ่อน ไม่เคร่งเครียดจนไม่มีเวลาพักผ่อน

8. ชอบงานที่ทำ ไม่เปลี่ยนงานบ่อย
9. มีความรักและเวลาให้แก่เด็ก
10. ยอมรับและพอใจเพศที่เป็นอยู่ ไม่คิดเสียดายว่าน่าจะเป็นอีกเพศหนึ่ง
11. มีความสามารถในการเรียนรู้ การเจริญทางอารมณ์ มีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่นที่มีอารมณ์หรือความผิดปกติบางอย่าง แตกต่างออกไปทางเชื้อชาติ ศาสนา

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ข้อพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1. ไม่มีโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ให้พออยู่ได้หรือสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง และแก่ชุมชนได้ตามสมควรแก่สภาพตน

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 19) สรุปลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีดังนี้

1. มีสุขภาพกายดี มีสุขนิสัยดี ในเรื่อง การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการรักษาความสะอาด
2. สามารถเผชิญกับความจริง โดยไม่แสดงพฤติกรรมเกินกว่าเหตุ

3. เมื่อพบอุปสรรค จะพยายามใช้วิธีแก้ปัญหาโดยตรง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา
4. มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
5. มีความเคารพตนเองและผู้อื่น มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต
6. มีเป้าหมายความสนใจและวิธีการไปสู่เป้าหมายในขอบเขตที่สังคมยอมรับ
7. เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริงทราบถึงส่วนดีและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง เป็นคนมีอารมณ์ขัน
8. มีความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่เบื่อหน่ายท้อแท้ เข้าทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความพอใจ

จาโฮดา (Jahoda, 1958 : 22-24) ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาผู้มีสุขภาพจิตดีในแง่จิตวิทยาไว้ 6 ประการ คือ

1. เจตคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการพิจารณาสุขภาพจิตในแง่ของ "ตน" (Self) ซึ่งหมายถึง การยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง การยึดตนเองเป็นที่พึ่ง ภูมิใจในตนเอง และการให้ความเคารพตนเอง
2. การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะมีแบบฉบับในการพัฒนาตนเองให้มีความเจริญยิ่งขึ้นไป จนบรรลุศักยภาพแห่งตน
3. การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง เป็นการพิจารณาสุขภาพจิตโดยการผสมผสานเกี่ยวพันกันของกระบวนการทางจิตและคุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดหน่วยรวม และความต่อเนื่องของบุคลิกภาพของบุคคลนั้น เช่นกระบวนการคิด ความรู้สึก และการกระทำที่สอดคล้องกัน คนที่มีสุขภาพจิตเสื่อม และไม่สามารถแสดงไปตามบทบาทที่สอดคล้องกัน มักจะเกิดความขัดแย้งกันระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ
5. การมีอิสระในการปกครองตนเอง เป็นการพิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลในแง่ของความเป็นตัวของตัวเอง มีความอิสระจากอิทธิพลของสังคม การตัดสินใจของบุคคลขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่เป็นของตนเองมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก และผลของการตัดสินใจของผู้มีความเป็นตัวของตัวเองสูง จะปรากฏในรูปของการกระทำอย่างอิสระ
5. การรับรู้ความเป็นจริง เป็นการรับรู้ที่ปราศจากความต้องการที่จะบิดเบือนความจริง มีความไวในการเข้าใจสังคม และความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเราได้
6. ความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีความหมายสองประการคือ ความสำเร็จ และการปรับตัว ซึ่งอาจจะปรากฏในรูปของความสามารถที่จะรัก ความพอใจเพียงในการทำงาน การเล่น การมีความรัก ความพอใจเพียง ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพในการสนองตอบ การเรียกร้องจากสถานการณ์ต่างๆ ความสามารถในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองและประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา

สุจินต์ ปริชามารถ (2535 : 44-48) ได้สรุปว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือปรับตัวได้ดี เป็น ผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดี รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาและความเป็นจริงแห่งชีวิตได้

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตเสื่อม

ผู้ที่มีสุขภาพจิตเสื่อมมีลักษณะที่สังเกตได้หลายประการ คำว่า สุขภาพจิตเสื่อม หมายถึง สภาพที่รู้สึกไม่สบายใจอันเนื่องมาจากการตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นขัดกับสิ่งแวดล้อม หรืออาจเนื่องมาจากการต้องการของผู้อื่นหรือส่วนรวมเกิดขัดกับความรู้สึกความต้องการของตนเอง (จันทโททัย กลีบเมฆ. 2529 : 55)

สุขภาพจิตเสื่อม หมายถึง คนที่มีความขัดแย้งในจิตใจ มีความคับข้องใจ ผิดหวัง ไม่ได้รับความพอใจในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ มีปัญหาในการปรับตัว เข้ากับสังคมไม่ได้ อยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงใดๆ ถือตนเองเป็นใหญ่ (สุจิตรา จรัสศิลป์. ม.ป.ป. : 3-4)

ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตเสื่อมจะแสดงออกโดย

1. มีปัญหาในงานของวัยแต่ละขั้นของการพัฒนาการ (Task of the development period) ได้แก่ การเรียน การงาน การเงิน ครอบครัว เพศ และสังคม
2. มีบุคลิกภาพบกพร่อง
 - 2.1 อ่อนแอ ไม่ถึงวุฒิภาวะของวัยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือวัตถุเสพติด
 - 2.2 ก้าวร้าวเป็นอาชญา ต่อต้านสังคม

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต

การที่จะมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ อาจเกิดจากตัวเอง เช่นกลไกต่างๆ ทางร่างกาย และจิตใจปกติหรือสอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลนั้น สนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและการไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงกันข้าม ถ้ากลไกต่างๆ ทางร่างกาย และจิตใจผิดปกติ หรือไม่สอดคล้องกัน และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลนั้นไม่สนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน การเจริญเติบโตและการพัฒนาการด้านต่างๆ จะเกิดปัญหาที่จะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดปัญหาที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น

สุรพงษ์ อัมพวันวงษ์ (2514 : 43-44) ได้กล่าวถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ครอบครัว สถานที่ทำงาน สังคม
2. สาเหตุภายในตัวบุคคล เช่น
 - 2.1 ร่างกายเจ็บป่วย ปวดศีรษะ ปวดท้อง
 - 2.2 มีพยาธิสภาพทางสมอง

กันยา แสงสุวรรณ (2532 : 209 -218) ได้กล่าวถึงเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมดังนี้

1. อารมณ์ เมื่อเกิดปัญหาทางอารมณ์จะมีผลถึงสุขภาพจิต อารมณ์ที่ทำให้คนสุขภาพจิตเสื่อมได้มาก ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ

1.1 ความกลัว บางคนกลัวความมืด กลัวที่แออัด กลัวพลัดพรากจากกัน กลัวถูกตำหนิ กลัวถูกลองโทษ กลัวคนแปลกหน้า ถ้ามีอาการเช่นนี้นานๆ จะกลายเป็นกลัวโดยไม่มีเหตุผล บางคนกลัวมากจนเสียสุขภาพจิต

1.2 ความวิตกกังวล มีอิทธิพลร้ายแรงเพราะเป็นอารมณ์ที่เกิดติดต่อกันได้เป็นระยะเวลานานๆ ทำลายประสิทธิภาพและสุขภาพจิตของคนได้มาก ซึ่งความวิตกกังวลมักเป็นในเรื่องของรูปร่างหน้าตา ฐานะเศรษฐกิจ เสื้อผ้า วุฒิ ทำให้เกิดความทุกข์ ขาดความมั่นคง ถ้าใครวิตกกังวลมากๆ โดยปราศจากเหตุผล คนนั้นมักขาดประสิทธิภาพไปโดยไม่จำเป็น

1.3 ความโกรธ คนที่โกรธบ่อยๆ แสดงว่าไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้เข้ากับสังคมได้ยาก และมีผลให้เสียสุขภาพจิต ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ

2. ความเหนื่อยล้าต่อสุขภาพจิต และปัญหาอื่นๆ เช่นคนที่อดนอน และมีความเบื่อหน่าย คนประเภทนี้มีโอกาสสุขภาพจิตเสื่อมได้ง่ายกว่าคนธรรมดา ทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และมีสุขภาพจิตเสื่อมได้

3. ลักษณะประจำตัวที่ก่อให้เกิดความบกพร่องในสุขภาพจิต เป็นปัญหาเกี่ยวกับตนเอง ได้แก่

3.1 ความบกพร่องทางร่างกาย เช่น อ่อนแอ เป็นคนผอม หรืออ้วนเกินไป

3.2 ความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ

3.3 สมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างหนัก

3.4 ความบกพร่องทางอวัยวะพัฒนาการ เช่น หู ตา เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้อยู่

3.5 ความบกพร่องในด้านอารมณ์และโภชนาการ ทำให้อ่อนแอ

3.6 สติปัญญาต่ำเกินไป หรือสูงเกินไป ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้

4. ความเลวร้ายของสังคม บุคคลย่อมมีปรัชญาต่างกัน จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ (Conflict) ความขุ่นข้องหมองใจหรือคับข้องใจ (Frustration) และความเป็นห่วงวิตกกังวลใจ (Anxiety) ทำให้เกิดสุขภาพจิตเสื่อมได้

กิติกร มีทรัพย์ (2533 : 14) ได้สรุปสาเหตุที่สำคัญของการทำให้สุขภาพจิตเสื่อมไว้ 3 ประการ คือ

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย หรือสมรรถภาพทางกาย

2. สาเหตุทางด้านจิตใจ

3. สาเหตุทางด้านสังคม

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต หรือสาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม หรือผิดปกติมีอยู่หลายประการดังนี้ (สุจินต์ ปริชาमारณ. 2535 : 16-39)

1. ความบกพร่องทางร่างกาย ความบกพร่องต่างๆ ของร่างกายย่อมจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้คน เช่น หลังโก่ง ไหล่ห่อ ขาเป่ ตาบอด หูหนวก นิ้วด้วน นิ้วเกิน ฯลฯ ความบกพร่องและผิดปกติเหล่านี้ ทำให้เกิดปมด้อย มีความละอายเกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ทำให้เกิดภาวะความคับข้องใจ หรือเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจขึ้นได้ ถ้าแก้ไขภาวะดังกล่าวไม่ได้ อาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้ ทั้งนี้ความบกพร่องทางร่างกายอาจเนื่องมาจากผลทางพันธุกรรม การทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ ตลอดจนลักษณะอ้วน ผอม สูง เตี้ย ที่ผิดปกติเกินไปด้วย

2. ความสามารถทางสติปัญญาสูงหรือต่ำเกินไป คนที่มีสติปัญญาสูงเกินไป หรือฉลาดเกินไป มักจะคิดหรือทำอะไรรวดเร็วเกินไป จนคนอื่นตามไม่ทัน ทำให้ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ หรือบางครั้งใช้สื่อความหมายกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง คนที่มีสติปัญญาสูงบางคนเป็นคนผิดปกติไปก็มี ส่วนคนที่มีสติปัญญาต่ำ จะคิด จะทำ หรือพูดอะไรก็ไม่ค่อยทันเพื่อน ทำให้เกิดความน้อยใจในตัวเอง เช่น เรียนช้า คนที่ผิดหวังในด้านสติปัญญาของตนเอง ทำให้เก็บตัว หรือแยกตัวออกจากเพื่อนฝูงหรืออาจแสดงพฤติกรรมในทางไม่พึงปรารถนาออกมาทดแทน เช่น หนีโรงเรียน ก่ออาชญากรรม ตั้งช่อโจร หรือถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย เช่น ล่อลวงไปประกอบอาชีพโสเภณีหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด เป็นต้น จนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเองเข้ากับสังคมนั้นๆ ได้

3. ความบกพร่องทางด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแรก และเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะสร้างความมั่นคง ปลอดภัย ความรัก สุขนิสัย ความรู้สึกรับผิดชอบ ระเบียบวินัยและความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีความบกพร่องเกิดขึ้น จะเป็นหนทางนำไปสู่ความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ ผลการศึกษาของโบว์ลบี (Bowlby) จากเรื่อง "Maternal care and mental health" ได้ข้อสรุปว่า เด็กที่ขาดความรักตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่ง 5 ขวบนั้น เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตมาก หรืออาจจะกล่าวได้ว่า สาเหตุความบกพร่องทางด้านครอบครัวจะมีผลทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพจิตได้ดังต่อไปนี้

3.1 พ่อแม่แยกกัน

3.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก

3.3 การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง

3.3.1 การอบรมเลี้ยงดูแบบรักลูกมากเกินไป หรือปกป้องลูกมากเกินไป (Overprotection)

3.3.2 การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยไม่เอาใจใส่ หรือเอาอก

เอาใจมากเกินไป (Overindulgent)

3.3.3 การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป (Domination) หรือ การอบรมเลี้ยงดูแบบอัตตาธิปไตย (Authoritarian)

3.4 ความแตกต่างของระดับทางสังคม และเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว

3.5 ความแตกต่างของระดับทางสังคมและเศรษฐกิจและการอบรมเลี้ยงดู

3.6 สภาพต่างๆ ของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

3.7 สภาพแวดล้อมทางบ้าน

4. สภาพต่างๆ ของชุมชนที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก สภาพต่างๆ ของชุมชน ได้แก่ ความยากจน ความอดอยาก ความวุ่นวาย ความไม่เป็นระเบียบของสังคม ระดับค่าครองชีพที่ต่ำ การขาดโอกาสทางการศึกษา การขาดแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนคำจูน อุทกภัย ตลอดจนภัยสงคราม ฯลฯ สภาพต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลง การปรับตัว และพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งของเด็ก แต่ความรุนแรงของสภาพการณ์ต่างๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่นั้น อาจจะผ่อนคลายลงหากได้รับการเอาใจใส่ดูแล และให้ความรัก ตลอดจนความเอื้ออาทรจากพ่อแม่

5. ความบกพร่องในด้านเศรษฐกิจของบุคคล โดยทั่วไปแล้วสภาพหรือฐานะเศรษฐกิจของส่วนบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ฉะนั้นคนที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือยากจน ย่อมจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีฐานะทางการเงินดีกว่า ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความยากจน อัดคัดขัดสน ทำให้เกิดความท้อแท้ใจหรือหมดอาลัยในชีวิตทำให้ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และยังไม่สามารถแก้ปัญหาการครองชีพได้ ก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตเสื่อมลงไปอีก ดังนั้นปัญหาทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล จึงมีส่วนที่ช่วยทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ทางหนึ่ง

6. ความบกพร่องทางด้านโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ถ้าหากบุคคลกำลังอยู่ในวัยเรียนหรือวัยศึกษา โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาก็มีส่วนทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตของเด็กหรือนักศึกษาได้เช่นเดียวกัน เช่น

6.1 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษามีระเบียบกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆ เข้มงวดเกินไป

6.2 ครูอาจารย์ไม่เข้าใจเด็กและหรือไม่สามารถนำหลักจิตวิทยามาประยุกต์ใช้กับการสอนหรือการปกครอง

6.3 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ไม่มีส่วนในการส่งเสริมให้เด็ก นิสิต นักศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และขาดการเปิดโอกาสให้นักเรียน นิสิต นักศึกษา ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การกีฬา กิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ

6.4 โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

7. ความบกพร่องทางด้านสถานที่ทำงาน คนที่ทำงานย่อมจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในเวลากลางวัน ฉะนั้นสถานที่ทำงาน จึงมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนมากพอสมควร หากสถานที่ทำงานไม่เป็นไปตามที่เราต้องการและเราไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้นได้ หมายถึง สุขภาพจิตเสื่อม ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

7.1 สถานที่ทำงานมีข้อบังคับ ระเบียบมากเกินไป หรือเข้มงวดกวดขันแบบกระดิกตัวไม่ได้

7.2 ผู้ร่วมงานขาดความเป็นกันเอง

7.3 จำใจต้องทำงานในอาชีพหรือสถานที่ที่ตนไม่ชอบ

7.4 สถานที่ทำงานผิดสุขลักษณะ

8. ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตของคนในเมืองใหญ่ ที่มีคนอยู่กันอย่างหนาแน่น แออัดจนเกินไป สถานภาพของคนแตกต่างกันหลายระดับ ต้องแก่งแย่งและแข่งขันกันทำมาหากิน เพื่อเลี้ยงชีพหรือต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชีวิต ไม่สามารถแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจหรือนันทนาการ ในอันที่จะผ่อนคลายความตึงเครียดทางสมองของตนจากการทำงานตลอดเวลา ชีวิตที่ขาดดุลยภาพไปเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์และจิตใจขึ้นได้ง่าย และไม่มีโอกาสได้ผ่อนคลายความตึงเครียด อาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อมและเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ง่าย

9. ความเจ็บป่วย คนที่เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนานๆ ก็ย่อมทำให้สภาพของจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยประเภทเรื้อรังที่หายยาก หากประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีหรือยากจนด้วยแล้ว จิตใจทนต่อสภาวะเช่นนี้ไม่ได้ ก็อาจทำให้บุคลิกภาพเสื่อม และอาจนำไปสู่การเป็นโรคจิตได้ง่าย

10. ความผิดหวังในชีวิต บางคนตั้งความหวังในชีวิตไว้สูงเกินไป เมื่อไม่สามารถทำได้ตามที่ตนคาดหวังก็ทำให้ผิดหวัง หากหาทางออกไม่ถูกไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดอารมณ์เครียด ท้อถอย หมดหวังและสิ้นหวัง ครุ่นคิดอยู่แต่ในสิ่งนั้น ผังตัวเองอยู่ในความผิดหวัง จิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป ในที่สุด สุขภาพจิตจะเสื่อมหรือเป็นโรคจิตได้

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นสาเหตุแห่งความบกพร่องทางจิตนั้น เนื่องมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติในสภาพทางชีววิทยา สภาพทางจิตวิทยาและสภาพทางสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับบุคคลอื่นและสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมได้ จึงมีผลทำให้สุขภาพจิตของบุคคลเสื่อมหรืออาจทำให้เกิดเป็น โรคประสาทและโรคจิตขึ้นได้

เครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาพจิต

จีเอชคิว (General health questionnaire, GHQ) ของโกลด์เบอร์ก (Goldberg) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ. 2539 : 1-17)

เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา สามารถใช้ได้ในการสำรวจชุมชนทั่วไป และสถานบริการสาธารณสุข หรือคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป

จีเอชคิว (GHQ) ได้รับการออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้นๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้นๆ เป็นปัญหาบุคลิกภาพ ข้อคำถามของจีเอชคิว จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และอาการซึมเศร้าร่วมกับการหลงผิดคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย (Hypochondriasis)

จีเอชคิว ฉบับเต็มประกอบด้วยคำถาม 60 ข้อ และมีฉบับย่ออื่นๆ อีก คือ จีเอชคิว-30 (GHQ-30), จีเอชคิว-20 (GHQ-20), จีเอชคิว-12 (GHQ-12) ซึ่งมีข้อคำถาม 30, 20 และ 12 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีจีเอชคิว-28 (GHQ-28) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางกาย (Somatic symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

ในการคิดคะแนนของโกลด์เบอร์ก แนะนำให้ใช้การคิดแบบคะแนนจีเอชคิว (GHQ score = 0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบลิเคิร์ต (Likert score = 0-1-2-3) โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างทั้งสองวิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94 ส่วนเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชของจีเอชคิว ฉบับต่างๆ มีดังนี้ จีเอชคิว-60 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 11/12 จีเอชคิว-28 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 4/5 จีเอชคิว-30 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 3/4 และ จีเอชคิว-12 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 1/2 แบบสอบถามสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับคัดกรองปัญหา สุขภาพจิตที่มีความเชื่อถือได้ และความแม่นยำ ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistencies) ของข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84-0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1-85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4-89.7 เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย

อย่างไรก็ตามจีเอชคิว เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและบอกเพียงว่าน่า จะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้น เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 60) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ (Healthy-related behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย หรือรู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness behavior)

นิภา มนูญิจ (2528 : 20) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 2) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในทางที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 156-162) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมของบลูม (Bloom) ว่าพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)
2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain)
3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)

พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งพัฒนาความสามารถ และทักษะด้านสติปัญญา

ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจเป็นการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 16)

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย จำแนกได้ดังนี้ คือ

1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้คือจะต้องมีความรู้ก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้แสดงออกในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

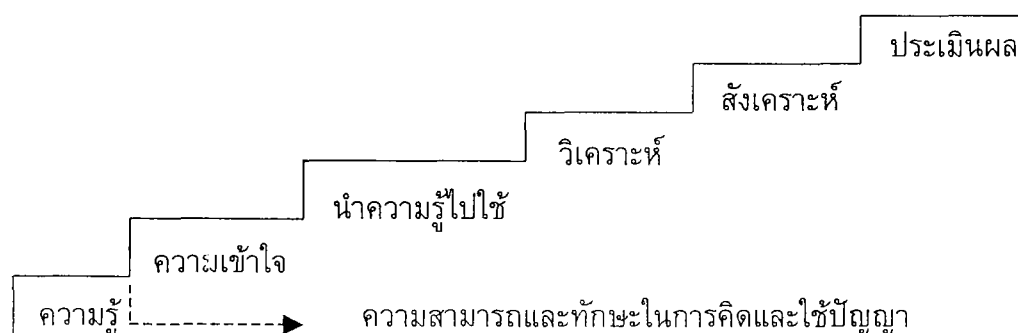
1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึงความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลที่นำเอาส่วนประกอบย่อยๆ หลายๆ ส่วน มารวมเข้าเป็นส่วนรวม ที่มีโครงสร้างที่แน่นอน มีความชัดเจน มีคุณภาพสูงขึ้น

2.6 การประเมินผล (Evaluation) ความสามารถในการประเมินผลนี้ เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งต้องใช้เกณฑ์ หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย ที่จำแนกเป็นความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล นำมาสร้างเป็นแผนภูมิภาพได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. 2531 : 4)

ด้านพุทธิพิสัย รู้ คิด ใช้ปัญญา พัฒนาสติปัญญา (Cognitive domain)



ภาพประกอบ 2 แสดงขั้นพฤติกรรมทางด้านพุทธิพิสัย

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain)

พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากจะอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล

เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ กระทำ สถานการณ์และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติมิใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) แต่เป็นสภาพที่จะได้ตอบสนองการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 1)

การเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัย แบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 159)

2.1 การรับรู้หรือให้ความสนใจ (Receiving or attending)

ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่าเป็นเหตุการณ์หนึ่งหรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลเหล่านี้จะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมที่จะรับสิ่งเร้านั้น หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding)

พฤติกรรมในขั้นนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมขั้นที่หนึ่ง บุคคลที่จะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกต่อสิ่งเร้า เกิดความยินยอม เต็มใจและพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึก

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing)

พฤติกรรมขั้นนี้ เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับ หรือรับรู้ว่ามันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญแก่เขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมบางอย่างหนึ่ง

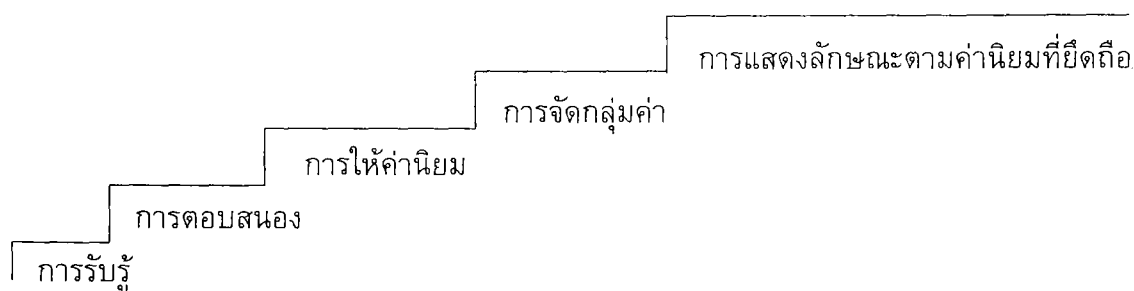
2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization)

พฤติกรรมขั้นนี้ เป็นขั้นที่เมื่อบุคคลเกิดค่านิยมต่างๆ ขึ้นแล้ว จัดค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex)

พฤติกรรมขั้นนี้ อาจแสดงให้เห็นว่า บุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเองหรือคตินิยมต่างๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาด้วยเหตุผล ทางด้านผล ทางด้านศีลธรรมจรรยา และทางด้านหลักประชาธิปไตย เป็นต้น ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (ทวิสิทธิ์ สิทธิกร. 2531 : 47)

ด้านจิตพิสัย (Affective domain)



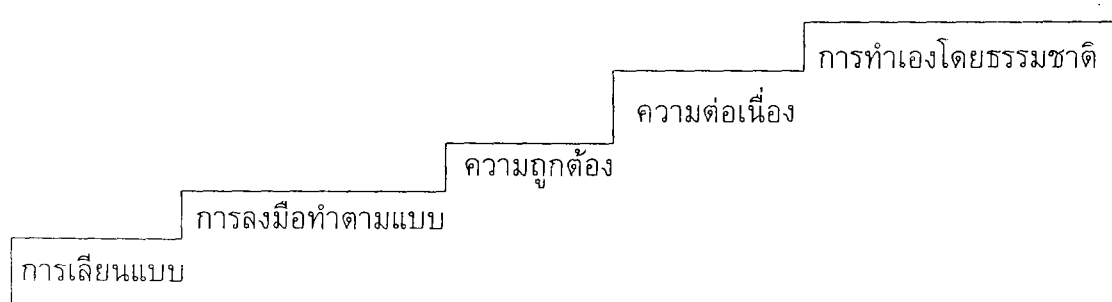
ภาพประกอบ 3 แสดงขั้นพฤติกรรมทางด้านจิตพิสัย

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้องค์ความรู้ที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งด้านการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสภาวะการหนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะประจักษ์ผลได้ง่ายแต่ต้องใช้เวลา และใช้การตัดสินใจหลายขั้นตอน พฤติกรรมด้านการปฏิบัติทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ถือว่าเป็น

เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (ทวิสิทธิ์ สิทธิกร. 2531 : 52)

ด้านทักษะพิสัย	สังเกตได้	สังเกตไม่ได้	ล่าช้า
(Psychomotor or action domain)	(Observable health behavior)	(Non-observable health behavior)	(Delayed behavior)



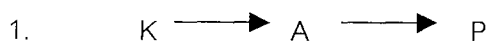
ภาพประกอบ 4 แสดงขั้นพฤติกรรมทางด้านทักษะพิสัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านพฤติกรรม

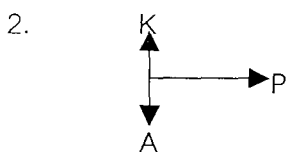
สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทั้ง 3 อย่างนี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นโดยรวมๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะช่วยเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอื่นๆ ด้วยเสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปด้วยโดยอ้อม

นิภา มนูญิจู (2528 : 20) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย

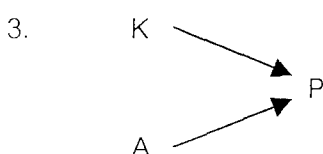
ซวาร์ท (นิภา มนูญิจู. 2528 : 20 ; อ้างอิงจาก Schwartz. 1975 : 28-31) ได้ กล่าวถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



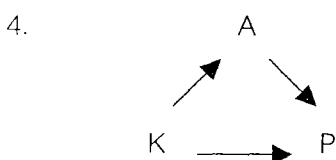
รูปแบบที่ 1 เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้ความรู้เป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติ



รูปแบบที่ 2 ความรู้ และเจตคติ สัมพันธ์กัน (Interaction) และมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ



รูปแบบที่ 3 ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



รูปแบบที่ 4 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นเจตคติเป็นตัวกลาง เป็นตัวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

หมายเหตุ K หมายถึงความรู้ (Knowledge)

A หมายถึงเจตคติ (Attitude)

P หมายถึงการปฏิบัติ (Practice)

ภาพประกอบ 5 แสดงความสัมพันธ์ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพคือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลง กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยกระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้นตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ ต้องเป็นการสร้างค่านิยมและวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด

1. พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ และการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง (ประภาเพ็ญสุวรรณ. 2526 : 173-185)

1. องค์ประกอบทางจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

2.1 ครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดามารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม

มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

2.3 สภาพทางสังคม ได้แก่

สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าบุคคลโดยทั่วไป

2.4 วัฒนธรรม

วัฒนธรรมแสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้หลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมาก งดอาหารปอกตีทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ

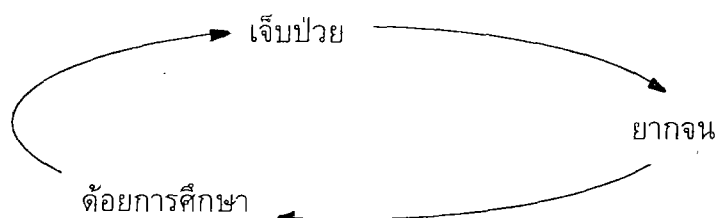
2.5 ศาสนา

ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรืออิ่มจนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาด ต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่

ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 780)



ภาพประกอบ 6 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม

4. องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาของประชาชนแตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง

นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวน และความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 125-128) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมให้ครอบคลุมทุกปัจจัย มี 4 ปัจจัย ดังนี้ คือ

1. วุฒิภาวะ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล เป็นวุฒิภาวะของการพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์
2. ยาและสิ่งเสพติด สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอก ยาเสพติดบางชนิดทำให้ความคิดของบุคคลเปลี่ยนไป ทำให้สติปัญญาเสื่อม
3. พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญประการหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดหรือการแสดงออกโดย

อาศัยสติปัญญา ซึ่งส่วนหนึ่งได้มาจากปิตามารดา หรือบรรพบุรุษ ความเฉลียวฉลาดที่บุคคลมีอยู่เป็นผลมาจากพันธุกรรม

4. การเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนเกิดขึ้นจากการเรียนรู้แล้วเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในสังคมนี้มีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 202-204)

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวคิด ความเชื่อยังไม่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะมีมากขึ้นอยู่กับความรุนแรง หรือความมากน้อยของรางวัล หรือการลงโทษ บุคคลจะยอมทำตามบางอย่างในขณะที่มีอิทธิพลบังคับ

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ การที่กลุ่มบุคคลเลียนแบบแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลเชื่อในสิ่งที่เขาปฏิบัติหรือเลียนแบบโดยที่ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า ความดึงดูด ความสนใจ มากน้อยเพียงใด เช่น การแต่งกายเอาอย่างดาราวัยรุ่น การเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเหมือนพ่อแม่

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการภายในบุคคล ตรงกับค่านิยม และความต้องการของตน การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้จะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เจตคติเป็นตัวกลาง เป็นตัวทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

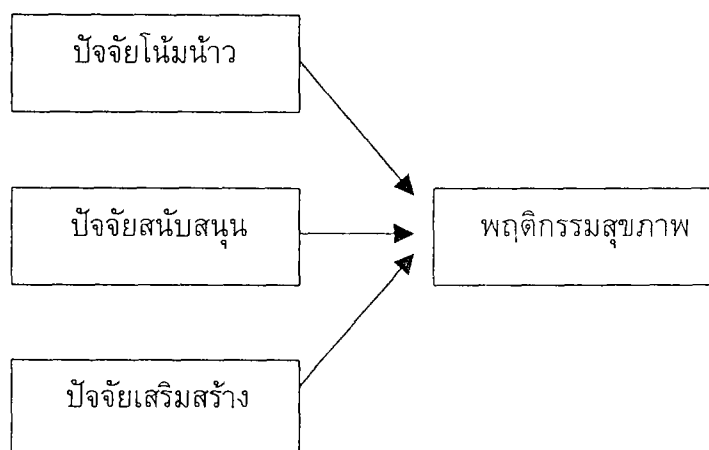
เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทรวอร์ธน์ อิมสมบวร์น (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่กับลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการ ในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียน ตามระดับ

ความรู้ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เกิดมีขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่างๆ ในครอบครัว ใน โรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือ การตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับ แรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ปัจจัยทั้ง 3 ประการ สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพ (ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. 2528 : 26) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 3 จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดา มารดา พาไปโรงพยาบาล เด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าเกิดอาการเจ็บป่วย ต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ต้องกินยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความรู้ แนะนำหลักการใช้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง เด็กจะเติบโตขึ้นโดยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการใช้ยา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแล

ตนเองของบุคคล จึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และแนวคิดเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพตนเองนี้ ได้ถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ในปัจจุบัน คือมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเอง ของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการให้บริการ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการไต่ถาม) และการปฏิบัติตน หรือการรับบริการ (เพ็ญภา กาญจโนภาส. 2541 : 52)

สมทรง รัชส์เผ่า (2533 : 3-5) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจ เลือกรูปแบบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะที่เป็นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วย หรือเกิดความพิการขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

เลวิน (Levin. 1976 : 487-489) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นเหมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมความถึงการให้ความช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น การให้การพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ หรือสังคม

โอเร็ม (Orem. 1985 : 6) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการ ดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การ ดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ

ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าการดูแลตนเอง (Self care) คือการดูแลพฤติกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และปฏิบัติ หลังได้รับบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem. 1980 : 35) ได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการพยาบาล เมื่อ ค.ศ. 1959 และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มีผู้ให้ความสนใจในการศึกษา นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกว่า 40 ปีแล้ว

โอเร็ม (Orem. 1991 : 365) อธิบาย การดูแลตนเอง ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลคิดริเริ่มขึ้นในสภาวะการณ์หนึ่งๆ และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพและมีความสุขอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ดูแลตนเองได้ จะต้องมีความสามารถที่จะคิดริเริ่มและจงใจกระทำพฤติกรรมอย่างมีจุดประสงค์ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยการควบคุมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ซึ่งการกระทำอย่างจงใจนี้ โอเร็มได้ชี้ให้เห็นว่า แตกต่างจากกลไกการตอบสนองตามสัญชาตญาณของร่างกายทั่วไปแต่เป็นการกระทำอย่างมีจุดประสงค์ หลังจากได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วว่าถูกต้องเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต แม้ว่าวิธีการกระทำนั้นๆ จะไม่น่าพึงพอใจก็ตาม เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเต็มกำลังความสามารถแล้ว จะต้องเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง คือช่วยประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิต ส่งเสริมกระบวนการทำงานของอวัยวะและโครงสร้างของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาไปได้สูงสุดตามศักยภาพ ป้องกันมิให้เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ และถ้าเกิดโรคจะช่วยให้บุคคลควบคุมรักษาโรคได้ ป้องกันมิให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนถึงเวลาอันควร และส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

ความต้องการการดูแลตนเอง (Self care demand)

เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในบุคคลที่บอกให้ทราบถึงโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล โดยหาวิถีทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว อันมีสาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจาก

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. ความต้องการดูแลตนเองตามความเปี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ในวงจรชีวิต

3. เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาความเป็ยงเบนทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ใน
วงจรชีวิต

โอเร็ม (Orem. 1991 : 125,136) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด
(Therapeutic self care demand) ออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็น
ความต้องการขั้นพื้นฐานที่พบได้ทุกช่วงของบุคคล ซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวด
ล้อม และปัจจัยต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ และสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้อื่น

- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care
requisites) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะกับ
ระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การสูญเสียบิดามารดา
หรือคู่สมรส แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งสภาพที่สนับสนุนพัฒนาการ และกระบวนการ
ของชีวิต ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียต่อระดับพัฒนาการ บรรเทาหรือเอาชนะ
ต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วยหรือความพิการ
การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ตลอดทั้งความเจ็บป่วย
ในระยะสุดท้าย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation
self care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดหรือความผิด
ปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกาย จากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ได้แก่

- 3.1 แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- 3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกัน ความรุนแรงของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพ ของตนเองรวมทั้งความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตและอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบของแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริม พัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) ที่จะตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด

โอเร็ม (Orem. 1980 : 35) ให้แนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง ซึ่งจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถ ในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ถ้าหากความต้องการทั้งหมดได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพก็จะได้รับประโยชน์ตอบแทนจากการดูแลตนเองดังนี้

1. สนับสนุนกระบวนการต่างๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคและการบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

นอกจากนี้โอเร็ม (Orem. 1980 : 28) ได้กำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภาวะขาดการดูแลตนเอง และพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ในฐานะของสถาบันบริการทางสุขภาพไว้ว่า

1. การดูแลตนเอง เป็นรูปแบบการจัดการตนเองของบุคคล

2. การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต สุขภาพ การพัฒนา และสวัสดิภาพของบุคคลโดยทั่วไป

3. การดูแลตนเอง และผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเอง ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของสังคม และความสามารถในการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคนในสังคม

4. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลตนเอง หรือดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง จะมีความสามารถเป็นพิเศษในการทำกิจกรรมนั้นๆ เฉพาะตน

5. ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลมีข้อจำกัดโดยอายุ เพศ ระยะของการพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ของชีวิต การเรียนรู้จากสังคม วัฒนธรรม สุขภาพและแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองกับความต้องการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองสามารถประเมินได้ เมื่อทราบปริมาณของแต่ละชนิดนั้น

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการในการดูแลตนเองจะออกมาในลักษณะของคำว่า น้อยกว่าหรือมากกว่า

8. การพยาบาลเป็นบริการที่ต้องการ เมื่อ

8.1 ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเอง (มีภาวะขาดการดูแลตนเอง)

8.2 ความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่า หรือเท่ากับความต้องการดูแลตนเองในขณะนั้น แต่ในอนาคตอาจจะน้อยกว่า เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือความต้องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือเกิดขึ้นได้ทั้งสองกรณี

9. เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สังคมได้กำหนดวิถีทางและจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือบุคคลนั้นตามลักษณะธรรมชาติ ตลอดจนเหตุผลของการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้วย

10. การบริการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในสังคม เป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่กำหนดไว้

11. การจัดกลุ่มการให้บริการช่วยเหลือบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในสังคมอาจจะแบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ การบริการที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุ และพัฒนาการ

12. การบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุ และพัฒนาการจะเป็นบริการด้านสุขภาพที่จัดขึ้นในสังคมสมัยใหม่

13. การพยาบาลในระยะที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เป็นบริการทางสุขภาพอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มีอารยธรรม

ความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic self care demand)

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อจะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง อาทิเช่น ความต้องการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Primary prevention self care

demand) บุคคลที่จะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการโดยทั่วไป และความต้องการที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการ ส่วนความต้องการดูแลตนเองเพื่อการรักษาและฟื้นฟู (Secondary or Tertiary prevention self care demand) เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลจะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการตามความเปี่ยงเบนทางสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการทั่วไป และพัฒนาการด้วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ส่งเสริมการพัฒนาการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care capabilities)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem. 1980 : 129) ได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผล และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติ

ฉะนั้น บุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic self care demand) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองคือภาวะสุขภาพ ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพก็หมดไป แต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากมีความพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการขาดการดูแลตนเอง (Self care deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ และจุดประสงค์ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนี้ (Orem. 1991 : 125,136 ; สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 13)

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีอาการหอบเหนื่อยได้เนื่องจากไตผลิตโปรตีนอีริทรโทรพอยอีติน (Erythropoietin) น้อยลง ทำให้ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจางลง และการหมดยุคของเม็ดเลือดแดงจะสั้นลงครึ่งหนึ่ง จากพิษของภาวะยูรีเมีย (Uremic toxin)

(สุรพล อิศรไกรศีล. 2532 : 125) ประสิทธิภาพในการขนส่งออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นมากกว่าปกติ เพื่อรับออกซิเจนในอากาศ ให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ออกกำลังกายกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจวายเลือดคั่ง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงทั่วร่างกายให้พอเพียงได้ กิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศอย่างพอเพียงและเหมาะสม กระทำได้โดยการหยุดกิจกรรมนั้นและนั่งพักทันที เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

1.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัสสาวะออกน้อยกว่าวันละ 1,000 มิลลิลิตร ควรจำกัดน้ำดื่มในแต่ละวันเท่ากับปริมาณปัสสาวะในวันก่อนและให้เพิ่มอีก 800 มิลลิลิตร (ปริมาณน้ำที่เสียไปทางอื่น) (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. 2526 : 22 ; ชนะ แยมบุญเรือง และคนอื่น ๆ. 2521 : 227) เพื่อป้องกันภาวะน้ำคั่งในร่างกาย อันจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำได้ตามแผนการรักษา ก็จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำในปริมาณที่ควรดื่มจากสาเหตุอื่นๆ เช่น มีความเคยชินที่จะดื่มน้ำในปริมาณมาก มีนิสัยเป็นผู้ดื่มน้ำบ่อยๆ หรือมีความกระหายต้องการที่จะดื่มน้ำเพื่อดับกระหาย เนื่องจากปริมาณน้ำส่วนที่เกินนี้ ไตไม่อาจขับออกได้ทำให้เกิดการคั่งในร่างกาย จนเป็นผลทำให้การทำงานของระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตต้องทำงานมากกว่าปกติ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายจากเลือดคั่งได้ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อดับกระหายโดยการทำให้ช่องปากชุ่มชื้นได้ โดยไม่ได้เพิ่มปริมาณน้ำส่วนเกินเข้าไปในทางเดินอาหาร เช่น การกลั้วคอด้วยน้ำเย็น โดยไม่กลืนลงคอ

1.3 การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาการยูรีเมียได้แก่ อาหารที่จำกัดโปรตีน โดยให้เฉพาะโปรตีนที่มีคุณค่าสูง (High biological value protein) จากไข่ขาว เนื้อ กุ้ง ไข่ หมู หรือเนื้อปลา เพื่อป้องกันการสลายโปรตีนออกจากเนื้อเยื่อ และหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่เผาผลาญแล้วให้ยูเรียสูง ร่วมกับเกิดภาวะกรด เช่น เนื้อสัตว์บกจำนวนมาก เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ถ้าผู้ป่วยมีอาการบวม ความดันโลหิตสูง ควรจำกัดโซเดียม คือเค็มเกลือได้น้อยมาก ไม่เกินครึ่งช้อนชา ไม่ควรดื่มน้ำปลา ซีอิ๊ว ในอาหารอีก การที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนรสชาติจากอาหารที่ตนชอบ ไปรับประทานอาหารรสจืด ไม่ถูกปาก ทำให้เบื่ออาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประมาณร้อยละ 60 มักมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากมีแผลในกระเพาะอาหาร (Beare. 1991 : 992) มีการอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร ในกระพุ้งแก้มเป็นแผล หรือมีอาการระคายเคืองที่เกิดจากการคั่งของแอมโมเนียในเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ปัญหาเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่างๆ ไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองในเรื่องการเลือกอาหารเฉพาะโรค และปรุงอาหารให้มีรสชาติรับประทาน โดยการเติมรสเปรี้ยว หรือ

หวานเพิ่มเล็กน้อย เพื่อชูรสอาหารและอุ่นให้ร้อนพอควร หรือจัดปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทานมากขึ้น โดยไม่เติมเกลือ หรือน้ำปลาในอาหารอีก

1.4 การดูแลให้ร่างกายได้ขับถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ

เมื่อไตเสื่อมสมรรถภาพ มีการหลั่งเรนินออกจากจังก์ตาโกลเมอรูล่า เซลล์ของไต กระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin) ทำให้เกิด แองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นตัวขยายหลอดเลือด (Vasoconstrictor) และเป็นตัวกระตุ้นให้หลังอัลโดเตอรอน (Aldosterone) ซึ่งทำให้ท่อไต ดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับ เกิดการคั่งของเกลือและน้ำ (Salt & water retention) มีปริมาตรน้ำเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด ผลที่ตามมาคือน้ำบางส่วนออกไปอยู่นอกเซลล์ (Interstitial space) เกิดอาการบวมตามเนื้อเยื่อ (ดุษิต ล้ำเลิศกุล. 2532 : 22) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการบวม ผู้ป่วยควรกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองโดยการลดอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมผสมอยู่ ร่วมกับการจำกัดน้ำดื่ม จะช่วยลดปริมาณเกลือและน้ำที่คั่งในกระแสเลือดได้ การขับปัสสาวะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะบวมจากน้ำคั่งนี้ได้ แต่ควรได้รับยาเหล่านี้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังจากทำการตรวจสอบให้ชัดเจนว่าอาการบวมมิได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่นภาวะมีอัลบูมินต่ำในกระแสเลือดจากโรคอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมก่อนเป็นไตวายเรื้อรัง และการซื้อยารับประทานเองเป็นการเสี่ยงต่อการได้รับยาที่มีโทษ เช่น ไปซื้อยาขับปัสสาวะที่เก็บสงวนโพแทสเซียมจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

นอกจากนี้เมื่อไตเสื่อมมากขึ้น มากกว่าร้อยละ 90 (สง่า นิลวางกูร. 2514 : 170) ไตจะไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นอีก จึงมีความเข้มข้นใกล้เคียงกับพลาสมา ค่าคงที่ประมาณ 1.010 และมีปริมาณมากขึ้น เพราะหน่วยไตพยายามขับยูเรียออก ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะนั้นไม่ได้มีปริมาณของเสียตามที่ควรจะเป็นเช่นในปัสสาวะคนปกติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะไม่ออก หรือสังเกตว่าตนเองไม่มีปัสสาวะนานเกิน 8 ชั่วโมง ควรกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยการมาพบแพทย์สวนปัสสาวะ หรือถ้าในรายที่ผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะได้เองโดยวิธีปราศจากเชื้อ (ภายหลังจากได้รับการสอนอย่างถูกต้องแล้ว) เพื่อตรวจสอบว่าการไม่มีปัสสาวะนั้นเกิดจากสาเหตุใด นับเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและควรจะทำเป็นประจำทุกวันปัสสาวะที่สวนได้และถอดสายสวนออกทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่าร้อยละ 40 จะเริ่มมีการคั่งของของเสียจำพวกยูเรีย (สง่า นิลวางกูร. 2526 : 156) ซึ่งเป็นส่วนที่เหลือจากการเผาผลาญ (Waste product) อาหารโปรตีน เป็นสารที่มีโมเลกุลขนาดกลางมีน้ำหนักโมเลกุลระหว่าง 300-1,800 ดาลตัน สารเหล่านี้อาจเป็นควานิดีน (Quanidine) เอมีน (Amine) ฟีนอล (Phenol) หรือ

โพลีเปปไทด์ (Polypeptide) (สุรพล อิศรไกรศิลป์. 2532 : 24) ยูเรียเหล่านี้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ซึมลง หรือเกิดอาการชักได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ควรมาพบแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะยูรีเมียอย่างถูกต้องต่อไป

1.5 การดูแลให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างพอเพียง

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะยูรีเมียในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน สมาธิและความทรงจำลดลง หงุดหงิดง่าย สิ่งเหล่านี้มีผลรบกวนอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณฝ่าเท้า ซึ่งมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากยูเรียทำให้เกิดภาวะการอักเสบของประสาทส่วนปลาย หรืออาการปวดกระดูก กล้ามเนื้อ เนื่องจากการสลายของแคลเซียม หรือผู้ป่วยมีอาการบวมทำให้เจ็บตึงผิวหนังที่ถูกกดทับบริเวณแผ่นหลัง ก้นกบ และปุ่มกระดูกขณะนอน หรือมีภาวะน้ำคั่ง เกิดอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ทำให้ต้องพ่น้ำกลับ สิ่งเหล่านี้รบกวนการนอนหลับโดยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เต็มที่ ถ้าผู้ป่วยดูแลตนเองโดยทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจลดความเครียด เช่น การสวนดมน์ นั่งสมาธิ หรืออ่านหนังสือที่ตนชอบ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ในที่สุด

1.6 การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบไหลเวียนโลหิตได้มาก พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีภาวะความดันโลหิตสูง (Comptey & Collins. 1984 : 414) เนื่องจากกลไกการหลังเรณินสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงในไตหดตัว บุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงหดตัว และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงในหัวใจตีบได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงควรป้องกันตนเองโดยการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

สุราเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลงเนื่องจากการเผาผลาญน้ำตาลสูงขึ้น สุราทำให้เซลล์ของตับเสื่อม และระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยอ่อนแอลง การผลิตอัลบูมินในกระแสเลือดลดลง ร่างกายจึงต้องดึงโปรตีนในเนื้อเยื่อออกมาใช้มากยิ่งขึ้น (Protein break down) ทำให้เกิดยูเรียคั่งในร่างกายมากขึ้น และสุรายังทำให้เกิดภาวะเยื่อบุทางเดินอาหารอักเสบมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดอื่นๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเมาค้าง ประสาทหลอน มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีผลต่อวิธีการคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำการใดๆ เพื่อดูแลตนเองย่อมเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisites)

เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตจากไตวายเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการ ผู้ป่วยควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยการจัดการบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือมีความต้องการที่จะเอาชนะต่อความเจ็บป่วยจากไตวายเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคอยู่นี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ซึ่งได้แก่ กิจกรรมต่างๆ ไปในการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ที่มุ่งหวังในอนาคตได้เช่นเดิม

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติจากการเป็นไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่

3.1 การแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

เมื่อเกิดอาการไม่สุขสบายจากโรค และภาวะแทรกซ้อนของไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยควรแสวงหาข้อมูลความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

3.2 รับรู้สนใจติดตามเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

อาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พบบ่อย คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการคั่งของเกลือและน้ำ ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจ ระบบไหลเวียนและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หอบเหนื่อย บวมบริเวณหนังตาบน ก้นกบ หน้าแข้ง และหลังเท้า และน้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรกระทำกิจกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ กิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญข้อหนึ่งของผู้ป่วยก็คือ ควรจดบันทึกเปรียบเทียบน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอ โดยการชั่งหลังปัสสาวะ อุจจาระแล้ว และก่อนรับประทานอาหารมื้อเช้า ทุก 1-2 สัปดาห์ จะทราบความเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ป่วยควรควบคุมน้ำหนัก มิให้เพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์ และควรสนใจชั่งน้ำหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (วิชัย ดันไพจิตร และคนอื่นๆ. 2530 : 49) เพื่อแก้ไขปรับปรุงน้ำหนักได้ทันที หรือถ้าผู้ป่วยไม่มีเครื่องชั่งเองที่บ้าน ก็ควรจดบันทึกเปรียบเทียบน้ำหนักทุกครั้งที่มีโอกาส เช่นในขณะมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล และควรควบคุมความดันโลหิตโดยการปฏิบัติเช่นเดียวกัน และไม่ควรจะวัดความดันโลหิตน้อยกว่า 2-4 สัปดาห์ โดยคิดเกณฑ์จากน้ำหนักของชายและหญิงไทย ปกติอยู่ในเกณฑ์ของผลต่างระหว่างส่วนสูงกับ 100 และ 110 ตามลำดับ และความดันโลหิตของผู้ป่วยควรควบคุมให้อยู่ในช่วงระดับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้

ผู้ป่วยควรเฝ้าสังเกตอาการบวม หอบเหนื่อย ควรรับน้ำดื่มและปัสสาวะ เพื่อจะได้รักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นให้หมดไปโดยง่าย

ซึ่งกิจกรรมการเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพเหล่านี้ ถ้าได้กระทำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ หรือใน 1-2 สัปดาห์ต่อครั้งอย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ฟันฟู และการป้องกันผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

แผนการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง โดยทั่วไปมุ่งเน้นที่การรับประทานยา ควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ ให้ได้รับสารอาหารโปรตีนที่จำเป็นในปริมาณที่พอเหมาะ และการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารตามความรุนแรงของพยาธิสภาพในผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อควบคุมระดับน้ำในร่างกายคือ ยาขับปัสสาวะ นอกจากนั้นมียาที่ช่วยลดภาวะกรดของร่างกาย ยาช่วยขับฟอสเฟต ยาที่มีกรดอะมิโนจำเป็น และวิตามินดี ซึ่งควรรับประทานตามแผนการรักษาตลอดเวลา

เกี่ยวกับการควบคุมปริมาณสารอาหารโปรตีน และการจำกัดโซเดียมในอาหารเฉพาะโรค เพื่อป้องกันพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะยูรีเมียและภาวะน้ำเกิน ที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้เป็นประจำทุกมื้อ ถึงแม้จะมีความจำเป็นจะต้องรับประทานอาหารนอกบ้านจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม ผู้ป่วยควรจะต้องเลือกซื้ออาหารที่เป็นอาหารเฉพาะโรคเป็นประจำทุกครั้ง

3.4 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

เมื่อผู้ป่วยมีสภาพเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากพยาธิสภาพ ทำให้มีรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป มีอาการบวม ผิวหนังช้ำซีด และมีสีคล้ำลง มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ความคิดอ่านช้า ซึมเศร้า ไม่กระฉับกระเฉง จึงต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทมาพึ่งพาผู้อื่น การที่ต้องงดอาหารบางอย่างที่ตนชอบ ทำให้รับประทานได้น้อยร่วมกับอาหารมีรสชาติจืด นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจต้องลาทำงาน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเป็นบางช่วง ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงาน เสื่อมความนับถือไว้วางใจจากผู้ร่วมงาน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอาชีพหรือต้องออกจากงาน เกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองได้มาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถดัดแปลงการรับรู้อัตมโนทัศน์ และยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ปรับบทบาทหน้าที่ยอมรับที่จะพึ่งพาผู้อื่น และยังรู้สึกว่าคุณค่าได้อย่างสมบูรณ์

3.5 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และแผนการรักษาตามความสามารถที่เหลืออยู่ และสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความเป็นจริง

ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามความสามารถที่เหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมใหม่ เพื่อจะรักษาควบคุมอาการให้เข้ากับแผนการดำเนินชีวิต เพื่อดำเนินกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข แม้จะมีข้อจำกัดบางประการก็ตาม และสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตจริงตามศักยภาพของตนได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและแผนการรักษา และสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

โอเร็ม (Orem. 1991 : 120-121) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเกิดขึ้นมามากน้อยเพียงใด ย่อมเกิดจากอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่อ้างอิงได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ และถ้าบุคคลนั้นขาดความรู้ดังกล่าว จะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจนเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เพราะการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หมายถึง ความรู้ใดๆ ที่เป็นประโยชน์อันจะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจในระยะแรก ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำและผลของการกระทำในระยะต่อไป ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 129) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความรู้ว่า บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องทราบว่าจะกระทำการนั้นเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจว่าการกระทำที่เหมาะสม จะต้องมีความรู้มาก่อนว่ากิจกรรมที่จะกระทำมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการได้หรือไม่ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจลงมือกระทำได้ และดำเนินการกระทำอย่างมีเป้าหมาย โอเร็ม (Orem. 1991 : 128) ยังได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ว่ามีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอและถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ โดยป้องกันมิให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภัยอันตราย และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม (Prevention of hazard) ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติสุขด้วย (Promotion of normalcy) นอกจากนี้โอเร็ม (Orem. 1991 : 158) กล่าวถึงความจำเป็นของการมีความรู้ที่บุคคลแสวงหาความรู้

เพราะต้องการเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา (Learning self care) เพราะธรรมชาติของบุคคลเป็นผู้มีความสามารถที่จะฝึกหัดตนเองให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learned behavior) ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองนี้เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ไม่เท่ากัน เนื่องจากความแตกต่างของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความสามารถในการสื่อสาร (Hartweg. 1991 : 16)

แหล่งความรู้ของบุคคลที่จะนำมาใช้ประกอบการดูแลตนเอง ได้มาจากการกระตุ้นจากแหล่งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน แล้วเกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมขณะที่ดำรงชีวิตอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยบุคคลได้ตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างจงใจ (Deliberate action) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ คือการมีภาวะสุขภาพปราศจากความเจ็บป่วย ดังที่โอเร็ม (Orem. 1991 : 79) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนและเรียนรู้ได้ เพราะบุคคลจะตระหนักถึงผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์เหล่านั้นว่า การกระทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของตน และเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินกลายเป็นนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 10)

โดยทั่วไปแล้ว บุคคลย่อมมีความกระตือรือร้นที่จะต้องการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตให้อยู่ได้อย่างปกติสุขและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนต้องการหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บและอันตรายที่คุกคามชีวิต (Orem. 1991 : 35) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตได้นั้น อาจเนื่องมาจากการขาดปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งมีอิทธิพลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ปัจจัยที่สำคัญดังกล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง เพราะความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเกื้อหนุนให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาด้านสติปัญญาและทักษะต่างๆ การที่บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย จากการศึกษาของเรมวอล นันทศุภวัฒน์ (2534 : 96) พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองได้ รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : ก-ข) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ และศิริวัชร วัฒนสินธุ์ (2534 : ก-ข) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จากการศึกษาส่วนมากพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเหล่านี้

องค์ประกอบของความรู้ที่จะช่วยให้บุคคลที่มีสุขภาพปกติทั่วไปกระทำการดูแลตนเอง เพื่อดำรงโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายร่วมกับส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพนั้น เป็นความรู้เพียงระดับหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นร่วมกับความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเพียง 2 ประการเท่านั้น แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยไคววายเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมอีกระดับหนึ่ง เพื่อให้ประกอบพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ตามความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมความรู้ที่มีอยู่เดิม เพื่อใช้พิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ให้พอเพียงกับโครงสร้างหน้าที่ภายในร่างกาย หรือสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนไปจากเดิม และปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 17) ได้กล่าวเน้นถึงความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มขึ้นนี้ว่า ผู้ป่วยจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งทั้งนี้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์สูงสุด 6 ประการ ในการดูแลตนเอง ได้แก่

1. การรอดชีวิตหรือการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการปรับ หรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ

โอเร็ม (Orem. 1991 : 169) ได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ที่จะช่วยให้บุคคลดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับตัวของบุคคล สภาพร่างกาย การทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนต่างๆ ในร่างกาย ความรู้เฉพาะโรคว่าร่างกายของตนมีการดำเนินโรคอย่างไร และแนวทางวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองได้อย่างเฉพาะเจาะจง อย่างไรจึงจะสอดคล้องเหมาะสม เพื่อเป็นการบรรเทาอาการในสถานการณ์คับขันจากความเจ็บป่วย เพื่อควบคุมโครงสร้างหน้าที่สวัสดิภาพของตนให้ดำรงอยู่ได้ในสภาวะแวดล้อมนั้นๆ อย่างมีความสุข ดังนั้นตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1991 : 125,136) ผู้วิจัยจึงได้สรุปความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไคววายเรื้อรังที่รับการรักษาแบบประคับประคองว่า จะต้องเป็นความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจ เพื่อที่จะกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการได้รับอากาศบริสุทธิ์พอเพียง

เนื่องจากไตวายเรื้อรังทำให้ประสิทธิภาพของเม็ดเลือดแดงที่ทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการซีดเหลืองง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ว่าการอยู่ที่ปลอดโปร่งมีอากาศถ่ายเทได้ดีจะทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนมากกว่าการอยู่ที่แออัด

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรคให้พอเพียง

การควบคุมปริมาณอาหารโปรตีน โดยให้จำนวนน้อยแต่มีคุณค่าสูงจะช่วยลดการคั่งของของเสียจำพวกยูเรียในไตรเจน และเพิ่มกรดอะมิโนจำเป็นในกระแสเลือด ป้องกันการสลายโปรตีนจากเนื้อเยื่อที่ทำให้เกิดภาวะไนโตรเจนเชิงลบ ผู้ป่วยควรบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงจำพวกเนื้อปลา หมู ไก่ กุ้ง ไข่ขาว และนมสดวันละ 0.6 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 30-35 กรัมต่อวัน ซึ่งมีกรดอะมิโนจำเป็นประมาณ 7-10 กรัม แต่นมสดรวมทั้งถั่วมีฟอสเฟตสูง ไม่ควรรับประทานเป็นประจำทุกวัน (เกรียง ตั้งสง่า. 2534 : 237-245) เนื่องจากการงดอาหารโปรตีนร่วมกับลดฟอสเฟตจะช่วยลดภาวะความดันสูงในโกลเมอรูลัส ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และเพิ่มวิตามินดีด้วย (ดุสิต ล้ำเลิศกุล. 2532: 214) ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานจำพวกน้ำหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาล ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกมากกว่าวันละ 1,000 มิลลิลิตร ยังไม่มีความดันโลหิตสูง ไม่บวม ยังไม่ต้องจำกัดเกลือ (โสภณ พานิชพันธ์. 2531 : 146) แต่ผู้ป่วยส่วนมากบวม จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง กะปิ หมูหยอง ผงชูรส อาหารที่ใส่ผงฟู เช่นขนมปัง เค้ก ลูกก๊วย บะหมี่สำเร็จรูป และถ้ามีปัสสาวะน้อยกว่า 500-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ควรงดอาหารที่มียูริกสูง ที่ทำให้เกิดภาวะกรด เช่น เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก ผลไม้รสเปรี้ยว งดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงจำพวก ส้ม กล้วย องุ่น ผักสด เพราะจะทำให้หัวใจ เต้นผิดจังหวะและถึงแก่กรรมได้ (ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. 2526 : 93)

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำอย่างพอเพียงตามการขับถ่ายปัสสาวะ

เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายของเสียทิ้งทางปัสสาวะโดยตรง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรกที่เริ่มมีอาการไตวาย มักจะปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน ลักษณะปัสสาวะใสกว่าปกติ เพราะไม่สามารถขับของเสียออกมาทิ้งทางปัสสาวะได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่าวันละ 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการบวม มีหัวใจวายร่วมด้วย จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วย โดยคำนวณปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วย ได้จากปริมาณน้ำที่ขับออกทางปัสสาวะของวันก่อนบวกกับผลต่างของปริมาณน้ำที่ระเหยไปทางเหงื่อ ลมหายใจ อุจจาระ ประมาณ 800 มิลลิลิตร (Insensible loss) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันเท่ากับปริมาณน้ำปัสสาวะที่ขับออกของวันที่แล้ว บวกกับ 800 มิลลิลิตร แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีน้ำผสมอยู่ด้วย ควรรวมปริมาณน้ำในอาหารนั้นด้วย เพื่อคำนวณปริมาณน้ำดื่มในวันต่อไปให้ถูกต้องยิ่งขึ้น ร่วมกับการจำกัดโซเดียม และเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีปัสสาวะออกมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ก็ให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นได้ (ชนะ แยมบุญเรือง. 2521 : 227) หรือในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น

ไตวายเรื้อรังแบบสูญเสียเกลือ (Salt losing nephritis) ไม่ต้องจำกัดเกลือและน้ำดื่ม (สินา
องอาจยุทธ. 2532 : 27)

กล่าวโดยสรุปคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรมีความรู้เกี่ยวกับการจำกัด
อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ถั่ว นมสด ไข่แดง เป็นประจำ ส่วนการจำกัดอาหารอื่น และปริมาณ
น้ำดื่ม ควรพิจารณาตามการขับถ่ายปัสสาวะในแต่ละวัน ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร
ร่วมกับมีอาการบวม ความดันโลหิตสูง หัวใจวายเลือดคั่ง มีภาวะกรด จำเป็นต้องมีความรู้ เกี่ยว
กับการจำกัดอาหารเค็ม หมักดอง ผงชูรส ขนบับ ผักสด ส้ม องุ่น ซึ่งทั้งนี้ต้องให้ได้พลังงานจาก
อาหารพวกแป้ง น้ำตาลอย่างพอเพียง เหมาะสมด้วย

1.4 ความรู้เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการออกกำลังกาย และการ
พักผ่อน

ผู้ป่วยควรออกกำลังกายโดยการเดิน รำมวยจีน อย่างน้อยสัปดาห์ละ
3 ครั้ง นานประมาณ 15-30 นาที ให้เหงื่อออก เพื่อขับน้ำออกทางผิวหนังบ้าง แต่ไม่ควรเล่นกีฬา
ที่ออกแรงมากเพราะจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น และในขณะเดียวกันควรนอนหลับอย่างพอเพียงใน
เวลากลางคืน หรือหลับในเวลากลางวันด้วย รวมเวลาให้ได้ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.5 ความรู้เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง กับอยู่ร่วม
กับผู้อื่น

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยอาจทำให้บทบาทในการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจน
สูญเสียความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเอง โดย
มีเวลาอยู่ตามลำพังเป็นส่วนตัวบ้าง เพื่อที่จะคิดพิจารณาทบทวนเรื่องราวต่างๆ แล้วตัดสินใจ
แก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ตนเองต้องการ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยควรมี
ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม เพื่อไว้พึ่งพา
อาศัยกันในยามจำเป็น

1.6 ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้อันตรายที่อาจเกิดขึ้น และการหลีกเลี่ยง
ปกป้องตนเอง

ผู้ป่วยไตวายจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะโรคระบบทางเดิน
หายใจที่กำลังแพร่กระจายเป็นอันดับหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้
เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ โดยการแยกภาชนะหรือแก้วน้ำดื่มไม่ปะปนกับผู้อื่น นอกจากนี้
นี้ควรมี ความรู้เกี่ยวกับอาการ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นถ้ามีการติดเชื้อ เช่น อาการไข้ ตัวร้อน
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว รวมทั้งการหลีกเลี่ยงจากอันตรายที่ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การ
ดื่มสุรา การกลั้นปัสสาวะที่จะทำให้ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย และการซื้อยาปฏิชีวนะมา
รับประทานเอง อาจทำให้ไตเสื่อมมากยิ่งขึ้น

1.7 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

เนื่องจากไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และทำให้สภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงได้ง่าย ซึ่งผลกระทบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อป้องกันการเสื่อมโทรมดังกล่าว ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ว่าควรกระทำทันทีไปพร้อมๆ กันกับการรักษาไตวายเรื้อรัง เพื่อช่วยส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

1.8 ความรู้เกี่ยวกับอวัยวะที่ผิดปกติของตนเอง

เพื่อให้ผู้ป่วยทราบหน้าที่ของไตปกติและเมื่อเกิดโรคขึ้น ไตจะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ไปแล้ว มีผลกระทบต่อกonstrสร้างหน้าที่อย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมรักษาโครงสร้างหน้าที่ของตน และเพิ่มแรงจูงใจที่จะปกป้องอันตรายต่ออวัยวะที่บกพร่องของตนต่อไป

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

เมื่อเป็นไตวายเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยย่อมเกิดความเครียดจากความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ว่าความเครียดและความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อนตนเอง ทำให้โรครุนแรงขึ้นได้ เพื่อจัดการบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดเมื่อเกิดเจ็บป่วย

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้อง และการใช้บริการ

สุขภาพ

ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ตามหลักวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เชื่อถือได้ และควรมารับการตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอ ถึงแม้อาการไม่สุขสบายต่างๆ จะทุเลาลงหรือควบคุมได้แล้วก็ตามเพื่อประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นครั้งคราว

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการติดตามผลของพยาธิสภาพ ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการตนเอง

ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ได้ควบคุมพยาธิสภาพของไตวาย เพื่อที่จะนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคต่อไป ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ อาการบวม ความดันโลหิตสูง อาการชูบชืดทำให้เหนื่อยง่าย อาการหอบจากภาวะกรดคั่ง อาการปวดกล้ามเนื้อ ตะคริว กระดูกเปราะหักง่าย จากภาวะวิตามินดีและแคลเซียมต่ำ กลุ่มอาการของทางเดินอาหาร เช่น การเกิดแผลในปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และแผลในกระเพาะอาหาร กลุ่มอาการยูรีเมีย เช่น อาการมึนงง ซึม สับสน หรือรุนแรงทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้

3.3 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ฤทธิ์และผลข้างเคียงจากยา

เนื่องจากจุดประสงค์ของวิธีการรักษาไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง เน้นที่การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการ ยาเหล่านี้ได้แก่ ยาลดความดันในไตเมอรูลัส ยากลุ่มขัดขวางแคลเซียมเข้าเซลล์ สารผสมกรดอะมิโนจำเป็น ยาควบคุมสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง ยาควบคุมความดันโลหิต ยาที่ช่วยจับฟอสเฟต เพื่อขับออกทิ้ง (เกรียง ตั้งสง่า. 2534 : 237-241) รวมทั้งวิตามินและยาบรรเทาอาการอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ว่าต้องรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งทราบฤทธิ์ของยาอย่างง่าย ๆ เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้

3.4 ความรู้เกี่ยวกับการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาผู้อื่น เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

โดยการเห็นคุณค่าของตัวเอง ว่าตนมีความสำคัญที่สุดที่จะเป็นผู้ริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเป็นคนแรก ซึ่งจะมีผลทำให้อาการโรคดีขึ้นได้ และการยอมรับที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างตามสถานการณ์

3.5 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพตามความสามารถที่เหลืออยู่

เนื่องจากไตวายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตกับโรคตามความสามารถที่เหลืออยู่อย่างมีความผาสุกพอสมควร โดยการป้องกันอุบัติเหตุในขณะเคลื่อนไหว เนื่องจากกระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ เพื่อดำเนินเป้าหมายที่เป็นจริงโดยพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ทุกประการตามสภาพอำนวย และการทำให้ยอมรับสภาพของตนที่ยังมีความสามารถอยู่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขพอสมควรตามสภาพ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เพื่อการตรวจสอบเฝ้าระวังผลที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพ ได้แก่ การดื่มน้ำ ดื่มน้ำสะอาดสม่ำเสมอ เวลาที่ควรชั่งน้ำหนัก เพื่อให้ได้น้ำหนักตัวที่ถูกต้องใกล้เคียงกับความจริงที่สุด คือชั่งหลังจากตื่นนอนตอนเช้าและขับถ่ายแล้ว ก่อนที่จะรับประทานอาหารอย่างน้อย ทุก 1-2 สัปดาห์ และถ้าต้องการวัดความดันโลหิต ควรวัดในขณะที่ไม่มีความเครียด ไม่รีบร้อน หรือได้นั่งพักจนหายเหนื่อยแล้ว

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ ความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นคุณค่าบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือ การ

สนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วย จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรม เพื่อที่จะพิจารณาว่าวิธีการนี้มีความเป็นไปได้หรือมีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะทำความเข้าใจถึงความหมาย และสภาวะการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า คือ

1. การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง
2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น

3. การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่นๆ

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown. 1984 : 266) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มา

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 171) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะหมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆ จากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็น การส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่

มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพล เป็นตัวกำหนด บรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ใน ระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (อุบล นิวัติชัย. 2527 : 285) คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิตอารมณ์มีความรักกันอยู่แน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ประเภทที่สอง ได้แก่ครอบครัวใกล้ชิด (Kint) ได้แก่เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

บราวน์ และ เอลวิน (Brown. 1986 : 4 ; Elveen. 1978 : 320) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรส รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติ พี่น้อง และกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่นในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤต ย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล แต่การสูญเสียภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1979 : 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supporter network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) กล่าวถึงเซฟเฟอร์และคณะ ที่ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน รักใคร่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจเชื่อใจและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

ไวล์ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ (Dimon & Jchnes. 1983 : 146-147)

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้จะได้จากความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ซึ่งความสัมพันธ์ชนิดนี้จะส่งผลโดยรวมคือ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถูกแยก หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

2. การเข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) การสนับสนุนชนิดนี้ จะได้จากการที่บุคคลเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยน หรือมีการรวมพลังในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร นอกจากนี้ยังมีความห่วงใยและความเข้าใจต่อกันด้วย ได้แก่ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน หรือผู้มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมต่างๆ ถ้าขาดความสัมพันธ์อันนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม และเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิต

3. โอกาสที่จะได้โอปป้าเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น การที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อยนั้น จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า และไม่มีจุดหมาย

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม (Social role)

เช่นการแสดงความสามารถเป็นเพื่อนร่วมงานในที่ทำงาน ความสามารถในการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว บทบาทเหล่านี้จะได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนได้ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับ ก็ย่อมทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การตระหนักถึงความเป็นมิตรที่ดี (A sense of reliable alliance) สัมพันธภาพอันดับแรกที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้คือ สัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง กล่าวคือ สมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเคยมีเยื่อใยที่ดีต่อกันหรือไม่ หรือไม่ว่าจะเคยได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมาก่อนหรือไม่ก็ตาม ถ้าขาดคุณสมบัติเช่นนี้ บุคคลจะรู้สึกว่าขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะเสี่ยงอันตราย บุคคลจะเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งไร้ที่พึ่ง

6. การได้รับคำแนะนำชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะตึงเครียด เกิดวิกฤติการณ์ทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้บุคคลต้องการคำปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำ คำชี้แจง หรือการแนะนำให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่บุคคลประสบอยู่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากบุคคลที่เราเรารู้สึกว่าสำคัญมีคุณค่าเป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรที่เหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 : 594) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Gothieb. 1985 : 5-22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. ระดับกลาง (Mezzo level) คือการวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด
3. ระดับจุลภาค (Micro level) คือการวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามีภรรยา หรือคนรัก

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

คาสเซล (Cassel. 1976 : 109) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงความต้านทานต่อการเจ็บป่วยของคนได้ จากการศึกษทั้งในมนุษย์และสัตว์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค โดยการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท ทำให้ไวต่อการเกิดโรค

โกเฮน และ วิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 310-357) อธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง
2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนมีความรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค และขณะเดียวกันก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการสนใจสุขภาพตนเอง

วอร์ทแมน (Wortman. 1984 : 2354) ได้สรุปแนวคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้จากการศึกษา ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคล ในการเผชิญภาวะเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้สามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้นจากการที่ได้รับข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม

ดังนั้นจากที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงาน หรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น พอสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. การมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพของมนุษย์โดยอิสระ โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยในการคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคม จะเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ อาจจากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. การมีผลในการปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียดหรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of stress or the buffering hypothesis) ซึ่งผลการสนับสนุนทางสังคมอาจจะลดความเครียดด้วยตัวมันเอง หรือช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลนั้นปลายถึงภาวะสุขภาพ

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผ่านกระบวนการเผชิญภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจตีความหมายว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามชีวิต เป็นอันตรายหรือเป็นสิ่งที่มาทำลายให้บุคคลต้องปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยการใช้พฤติกรรม หรือกลไกเผชิญภาวะเครียด ในการใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดนั้น ถ้าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวหรือไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นขุมพลังที่มีอยู่ในสังคม ก็จะทำหน้าที่

เสมือนกับตัวช่วยเหลือ ในการเผชิญภาวะเครียดนั่นเอง (Thoits. 1986 : 417) ซึ่งอาจโดยการช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

คัทเนอร์ และคาร์ดินัส (Kutner & Cardenas. 1978 : 626-630) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม 137 คน พบว่าผู้ป่วยอายุ 25-34 ปี ปรับตัวต่อการรักษาดีที่สุด มีความพอใจกับสุขภาพ สัมพันธภาพของครอบครัวชีวิตทางสังคม ผู้วิจัยได้ให้เหตุผลใน 2 ประเด็นคือ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นวัยอายุน้อย และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม และอีกเหตุผลหนึ่งคือในกลุ่มนี้มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครั้งที่ได้รับการรักษามากกว่า 3 ปี ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานะการณ์เป็นผู้ป่วยและวิธีการรักษา นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม ผู้ป่วยใช้เวลาในการปรับตัวทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม ประมาณ 6-12 เดือน ในกลุ่มที่อายุน้อย ผู้ป่วยอาจจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และยังไม่มีความตระหนักโดยเฉพาะทางหัวใจและปอด หรือไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากไตวายเรื้อรัง

ทอมสัน และคนอื่นๆ (Thomson and others. 1981 : 93-102) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 39 ราย ที่ไม่มีโรคเบาหวานและรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรมากกว่า 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 25 ราย มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก ประเมินจากความสุขสบายทั่วไป และความสามารถที่จะทำงานเต็มเวลา ทำหน้าที่ในบ้าน หรือเรียนหนังสือ ผู้ป่วย 10 ราย ได้รับความทุกข์ทรมาน มีความสุขสบายและความสามารถที่จะทำงานเต็มเวลาลดลง และผู้ป่วย 4 ราย ไม่สามารถทำงานได้อีกและรู้สึกไม่สุขสบาย ในผู้ป่วย 14 รายที่มีการลดลงของคุณภาพชีวิต มีสาเหตุจากอาการค่อนข้างอ่อนเพลีย 4 ราย มีการติดเชื้อในช่องท้องบ่อยๆ 3 ราย โรคเรื้อรังอื่นๆ 4 ราย ภาวะซึมเศร้า 2 ราย และการล้างไตไม่เพียงพอ 1 ราย จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษารวมถึงการติดเชื้อในช่องท้อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ฮับบาร์ด และคนอื่นๆ (Hubbard and others. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 94 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 15-55 ปี มีอายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้

แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The life style questionnaire) ที่สร้างโดยบราวน์ และคนอื่น ๆ ซึ่งวัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา การป้องกันโรค ซึ่งอาศัยแนวคิดของไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) วัดการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า คนที่แต่งงานแล้วมีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่โสด และคนที่โสดจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่แต่งงานแล้วได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส จึงทำให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า คนที่ไม่ได้แต่งงาน

✓ มุขเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles. 1986 : 334-338) ได้ศึกษาโดยพยายามอธิบายถึงสาเหตุที่การสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้บุคคลมีการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในพาร์ตเมนต์จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้สูงขึ้น แต่ในการดูแลตนเองที่มุขเลนแคมป์และเซเลสได้ศึกษานั้น จัดเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

แมคเนท (Mc Nett. 1987 : 98-103) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในหน้าที่ของร่างกาย (Functional disable) 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด

เบลลี และคนอื่น ๆ (Baillie and others. 1988 : 217-222) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความตึงเครียดทางด้านจิตใจของผู้ดูแลคนชราจำนวน 87 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีแนวโน้มทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ หรือภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยในประเทศไทย

ทิพย์ภา บุรี (2529 : 63-70) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตของประชาชนชุมชนแออัด บริเวณวัดโคกसानคุณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี เพราะมีโอกาสที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตได้หลายทาง และความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวก เพราะความรู้และการปฏิบัติตนเป็นสิ่งที่ต้องพึ่งพิงกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า มีความรู้ด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ยุ่่น้อย เพศชายและเพศหญิงมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาสูงมีการปฏิบัติตนดีกว่าอาชีพ

รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน มีความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ รายได้ก็เช่นเดียวกัน ระดับรายได้ตั้งแต่ 3,001 บาท หรือมากกว่ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : ก-ข) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องกับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลการล้างช่องท้องแบบถาวร รวมทั้งปัญหาและการแก้ปัญหา ความรู้ในการแก้ปัญหาขณะได้รับการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มานานกว่า 1 เดือน และมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่มีค่าเฉลี่ย 22.08 คุณภาพชีวิตหมวดเศรษฐกิจสังคม สุขภาพและหน้าที่ จิตใจ วิญญาณ และครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ได้แก่ 21.80, 21.60, 21.59 และ 26.38 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ และผู้ป่วยที่ยังไม่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษา และการติดเชื้อในช่องท้องมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยสามารถทำการดูแลการล้างช่องท้องแบบถาวรด้วยตนเองได้เป็นส่วนมากในเรื่องการเปลี่ยนน้ำยาและการทำแผลโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำเอง ปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบขณะรักษาด้วยวิธีนี้คือ น้ำยาที่ปล่อยออกจากช่องท้องมีลักษณะขุ่น การแก้ปัญหา ความรู้ในการแก้ปัญหาการปนเปื้อนเชื้อของปลายเข็ม และน้ำยาออกกลิ่นขจัดที่บรรจุเมื่อปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง อาจจะเป็นสาเหตุทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องสูง ซึ่งพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องท้อง 4.5 เดือนต่อครั้ง

ปราโมทย์ วังสะอาด (2530 : 103) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 261 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครัวเรือนดี ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตดีด้วย และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตไม่ดี

สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2531 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่าความรู้ และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถใช้

เป็นตัวทำนายนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 12.85

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 90) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก้นเรื้อรัง จำนวน 120 ราย โดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 78-79) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยด้านระยะเวลาของการสมรส ลักษณะครอบครัวและระยะเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและคู่สมรสที่ได้รับผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยจะมีภาวะสุขภาพจิตดี

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว ส่วนเพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเมื่อนำปัจจัยบางประการ และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการทำนายถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า ระยะเวลาในการรักษา รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจียงคำ อินทวิชัย (2533 : 77-79) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พาบุตรมาติดตามการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเด็ก รวม 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวของมารดา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งของ การรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเครียดของมารดา การ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วราภรณ์ นาครัตน์ (2533 : 84-85) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยอ่านให้ฟังที่ละข้อจนครบ ผลการศึกษาพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน
3. อายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ สถานภาพทางการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

สนธยา พิชัยกุล (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความผาสุกและปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการรักษาโรคพื้นฐาน และแผนการรักษาในอนาคต โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคไต คลินิกขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คลินิกปลูกถ่ายอวัยวะ แผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 74 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกทั้งในปัจจุบันและอนาคต และสัมพันธ์กับสภาพอาการคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ เมื่อนำตัวแปรเหล่านี้เข้าสมการการถดถอยพหุคูณเชิงชั้น พบว่าการรับรู้ถึงความผาสุกในปัจจุบันเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกในอนาคตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการและรักษาแบบประคับประคอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพศหญิงรับรู้ความผาสุกในปัจจุบันสูงกว่าเพศชาย เมื่อนำตัวแปรต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกในปัจจุบันเข้าในการทำนายโดยใช้สมการการถดถอยพหุคูณเชิงชั้น พบว่า

เพศและความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความผาสุก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-51) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑนา เจริญกุลศล (2534 : 51-53) ได้ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.65 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ทางอ้อม โดยผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

กรองจิตร ชมสมุท (2535 : 84-89) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 ราย โดยในกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อม โดยโครงการสุขศึกษา ที่ผู้วิจัยได้กำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสนับสนุนจากญาติตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขศึกษา ผู้ป่วยมีเจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในโลหิตเฉลี่ยลดลง แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และเจตคติของผู้ป่วย แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากญาติผู้ป่วยได้รับโครงการสุขศึกษา ญาติมีการสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ดารากร แซ่ไคว้ว (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัย

พื้นฐานด้านสถานภาพสมรสกับความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานด้านสถานภาพสมรสกับความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่สัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการด้านสถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา อัตราการติดเชื้อ ปัญหาเศรษฐกิจ แผนการรักษาในอนาคต และอัตมโนทัศน์เข้าในสมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า สถานภาพสมรสและอัตมโนทัศน์สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 33.9 และเมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานบางประการ พบว่าอัตมโนทัศน์สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 24.6

พัทยา จิตสุวรรณ (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเป็นฆราวาสที่ไม่ได้ฝึกสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน เป็นกลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ภายหลังฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลำเนาวิ เรืองยศ (2535 : 71-77) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าอัตมโนทัศน์โดยรวม การสนับสนุนทางสังคม เพศ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2535 : 46-47) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยการศึกษาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดพื้นฐานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 ราย โดยวิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความรู้ของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วย และพื้นฐานการศึกษา ปัจจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความกลัวอัมพาต ความสะดวกและความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงนุช บุญยัง (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดยศึกษาภาระในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังเปลี่ยนไต

กับการะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต โดยใช้กรอบทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกปลูกถ่ายอวัยวะโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการะในการดูแลตนเองน้อย และมีคุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตหลังเปลี่ยนไตดีกว่าก่อนเปลี่ยนไต และประเมินว่าคุณภาพชีวิตคงเดิมและแย่งอย่างละ 1 คนเท่านั้น สำหรับการะในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต พบว่าอายุ รายได้ ระยะเวลาหลังเปลี่ยนไต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการะในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อพรพรรณ อิศราภรณ์ (2536 : 74-75) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 402 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลกในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับการะในการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องการหายใจ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมือง และผู้สูงอายุในเขตชานเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมืองของเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก

รัชสุรีย์ จันทรเพชร (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ความคิดเห็นต่อสุขภาพ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังกับความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อภาวะสถานภาพ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัว
ทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังได้ถึงร้อยละ 41.18 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินสมดุลน้ำ
ในแต่ละวันจำนวนร้อยละ 78 รองลงมาไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการชั่งน้ำหนักและการตวงน้ำ
ตวงปัสสาวะในแต่ละวัน จำนวนร้อยละ 76 และ 73 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความพร้อม
ในการดูแลตนเองโดยพบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อมเกี่ยวกับการตวงน้ำดื่ม และตวงปัสสาวะเป็น
ประจำ จำนวนร้อยละ 72 และมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวนร้อยละ
71 ตามลำดับ

จินตนา ศรีหล้า (2537 : 75-78) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ใน
โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพทาง
เศรษฐกิจ ลักษณะการดื่ม จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ
สุขภาพจิต แต่ระยะเวลาในการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยพิษสุรา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรุณวรรณ ผาโคตร (2537 : 74-82) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล
ตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการ
แพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนในระดับปีต่างกัน อายุต่าง
กัน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบบีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ
เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน

ศรัณญา เบญจกุล (2538 : ก-ข) ได้ศึกษานุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคม
และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การ
รับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี
และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม
และโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ตาม
ความแตกต่างของระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไตพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตน้อยกว่า
หรือเท่ากับ 24 เดือน การสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับการ
ปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมากกว่า 24 เดือน ไม่พบ
ตัวแปรใดๆ จาก การศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วย

ไฉไล ไชยเสรี (2539 : 108-109) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพใน
ครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ
และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ
ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สุขภาพจิตดี สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมใน

สังคม ความพึงพอใจในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมิมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี ส่วนผู้สูงอายุ 60-64 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาสูงมีสุขภาพจิตดี และสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่คู่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีสุขภาพจิตดี

สาลี พิกุลทอง (2539 : 160-162) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี และศึกษาตามตัวแปรพบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา

กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษา พบว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว อาชีพ และจำนวนบุตร ปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ สถานภาพสมรส และพฤติกรรม การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุดม ไกรฤทธิชัย และคนอื่นๆ (2540 : 298) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต จำนวน 631 ราย จากโรงพยาบาลหรือศูนย์ล้างไต 38 แห่ง ใช้ แบบสอบถาม เอชเอดีเอส (HADS) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.2 แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากอาการวิตกกังวล 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.83 อาการซึมเศร้า 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.37 และอาการวิตกกังวลร่วมกับ ซึมเศร้า 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.80 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีปัจจัยอายุและโรคเบาหวานมากกว่า ในขณะที่คุณภาพชีวิต รายได้ ระดับการศึกษา เวลาการล้างไต การเข้าคิวรอการเปลี่ยนไต ความเข้มข้นของเลือด และค่า Kt/V จะมีระดับต่ำกว่า แต่เพศ จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว วิธีการล้างไต ระดับอัลบูมินในกระแสเลือด และค่ายูเรียไนโตรเจนในกระแสเลือด ไม่พบความแตกต่างในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ศราวดี ตันธรรมจาริก (2541 : 80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมุ่งศึกษาและเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 232 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศอายุ รายได้ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง 279 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ ต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ต่างกันพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติต่างกัน ความเพียงพอของรายได้ต่างกันมี พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยศึกษาระดับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยมีการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเป็นผู้สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 196 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 608) ได้จำนวน 196 คน
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต ใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอชคิว (General Health Questionnaire; GHQ) ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) โดยใช้ จีเอชคิว-30 (GHQ-30) (ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ. 2539 : 2-4) จีเอชคิว ออกแบบมาเพื่อคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติ และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดปกติจากสภาวะที่ปกติของบุคคลนั้นๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้นๆ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้ในด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความรู้ในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความจำเป็นทั่วไป เช่น ความรู้เกี่ยวกับการได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การดื่มน้ำ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การรับรู้ถึงอันตราย การหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เช่น การจัดการความเครียด และอุปสรรคในชีวิต เนื่องจากไตวายเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เช่น การแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้อง การติดตามผลของพยาธิสภาพที่กระทบต่อพัฒนาการตนเอง การรับประทานยา การปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาผู้อื่น และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพ มีลักษณะเป็นแบบชนิดเลือกตอบถูก หรือผิด หรือไม่ทราบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม ได้แก่ การดูแลตนเองตามความจำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงจาก แบบสอบถามของเนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : 136-137) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมาย ทางบวก เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่

การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า

การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ

การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม และสอดคล้องกับ จุดมุ่งหมายที่ต้องการใช้กับกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังจำนวน 37 ข้อ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง จำนวน 31 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 27 ข้อ และขอใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว-30 (GHQ-30) ของธนา นิลชัยโกวิท และคนอื่นๆ

4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

5. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไป

ลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามสุขภาพจิต

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้การคิดแบบ 0-0-1-1

ตอบ 2 ข้อแรก ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ 2 ข้อหลัง ได้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนน 0-3 ถือว่ามีสุขภาพจิตปกติ

คะแนน 4-30 ถือว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต

2. แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง (ประกอบ กรรณสูตร. 2529 : 77)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

00.00-49.99 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับต่ำ

50.00-79.99 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับปานกลาง

80.00-100.00 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับสูง

3. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

ถ้าตอบในช่วง เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบในช่วง ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่วง ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ให้ 3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

01.00-01.66 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับต่ำ

01.67-02.33 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับปานกลาง

02.34-03.00 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ถ้าตอบในช่วง ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ถ้าตอบในช่วง ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ถ้าตอบในช่วง ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 0 คะแนน	ให้ 2 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

00.00-00.66 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

00.67-01.33 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

01.34-02.00 หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การให้คะแนน

มาก ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

01.00-01.66 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

01.67-02.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

02.34-03.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้คะแนน ดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ +1

ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ 0

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ -1

นำผลการพิจารณาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .50 เป็นแบบทดสอบ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face validity) นำแบบสอบถามมาปรับปรุง

แก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม ด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

2. ค่าความยากง่าย (Difficulty) โดยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์จำนวน 37 ข้อ ไปลองใช้กับผู้ป่วยไวยากรณ์ ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน นำแบบทดสอบมาหาค่าความยากง่าย ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 18 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.93

3. ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์จำนวน 37 ข้อ มาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ด้วยค่าดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.18-0.78

นำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไวยากรณ์จำนวน 31 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 27 ข้อ มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไวยากรณ์ ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.12-0.64 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 30 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24-0.64 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 26 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24-0.74

4. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์ และแบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว-30 มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 และแบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว-30 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77

นำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไวยากรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวยากรณ์ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach, 1970 : 161) โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไวยากรณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.65 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวยากรณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ถึงผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดล่วงหน้าก่อนวันนัด โดยติดสัญลักษณ์แสดงให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยจะจดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ทั้งหมด ผู้วิจัยเรียกกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อก่อนเวลาตรวจ (ผู้ป่วยโรคไตจะมาเจาะเลือดในตอนเช้า และเสียบบัตรนัดเพื่อรอรับคิวตรวจตอนบ่าย) โดยจะเริ่มเรียกกลุ่มตัวอย่างในเวลา 10.30 น. และถามความสนใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าในห้องที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ในรายที่มีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามช่องคำตอบที่ระบุ ขณะที่ทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะยกเลิกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสมัครใจตอบแบบสอบถามจำนวน 196 คน ด้วยตนเอง ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 ได้ข้อมูลจำนวน 196 ชุด และนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำกับข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical package for the social science) ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีลำดับการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม ตรวจสอบให้คะแนนแต่ละฉบับตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วคัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. จัดทำคู่มือการลงรหัสและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาลงรหัส
3. ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัส
4. จัดกระทำกับข้อมูลในการป้อนข้อมูลในโปรแกรม
5. ดำเนินการประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลตามตัวแปรอิสระ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดย

การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,11,12 และ 22

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2-10, 13-21 ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 23

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง การณสูตร. 2525 : 37)

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 73)

$$SD = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ SD แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก

2.2.1 ค่าความยากง่าย รายข้อ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ความยากง่ายของข้อคำถามแต่ละข้อ
 R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
 N แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

2.2.2 ค่าอำนาจจำแนก แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์ หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ด้วยดัชนีสหสัมพันธ์แบบพอยด์ไบซีเรียล โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{Y_p - Y_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ
	Y_p	แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	Y_q	แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทนค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก)
	q	แทน ค่า(1-p) คือสัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

แบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับไวยากรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวยากรณ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (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 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	$\sum x$	แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ คะแนน y
	n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ α แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ
 S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ และ เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,11,12 และ 22 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 180)

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

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

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาแจกแจงแบบที
 $\bar{X}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
 $\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

S_1^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
S_2^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2
n_1	แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 2
df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อจำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2-10, 13-21 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 168)

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

เมื่อ	F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาแจกแจงแบบเอฟ
	MS_B	แทน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe' method) ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 227)

$$S = \sqrt{(k-1) (F) (MSw) (1/n_i + 1/n_j)}$$

เมื่อ	S	แทน ค่าวิกฤตแบบเชฟเฟ้
	k	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F	แทน ค่า ที่เปิดจากตาราง (Critical value)
	MSw	แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
	n_i, n_j	แทน จำนวนคนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
(Pearson product moment coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 23 โดยใช้สูตร
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 144-145)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	$\sum x$	แทน ผลรวมสูงสุดของคะแนน x
	$\sum y$	แทน ผลรวมสูงสุดของคะแนน y
	$\sum x^2$	แทน ผลรวมของคะแนน x แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum y^2$	แทน ผลรวมของคะแนน y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum xy$	แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง x กับ y
	n	แทน จำนวนคนหรือสิ่งที่ศึกษา

3.4 การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการ
ทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 325)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าสถิติที (t-test)
	r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับปานกลางกับเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับสูง โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 4, 8

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 5 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 6 ถ้าพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับปานกลางกับเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับสูง โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 9,13

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 10 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11 ถ้าพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 14

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
เพศ	ชาย	101	51.50
	หญิง	95	48.50
	รวม	196	100.00
อายุ	ต่ำกว่า 30 ปี	11	5.60
	31-50 ปี	54	27.60
	51 ปีขึ้นไป	131	66.80
	รวม	196	100.00
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	44	22.40
	ประถมศึกษา	79	40.30
	มัธยมศึกษา	38	19.40
	อุดมศึกษา	35	17.90
	รวม	196	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	20	10.20
คู่	127	64.80
หม้าย/หย่า/แยก	49	25.00
รวม	196	100.00
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	30	15.30
ค้าขาย	18	9.20
เกษตรกรรม	13	6.60
รับจ้างเอกชน/ส่วนตัว	28	14.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	107	54.60
รวม	196	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	52	26.50
3,001-8,000 บาท	60	30.60
8,001-13,000 บาท	38	19.40
สูงกว่า 13,000 บาท	46	23.50
รวม	196	100.00
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 2 ปี	53	27.04
ระหว่าง 2-3 ปี	60	30.61
4 ปีขึ้นไป	83	42.35
รวม	196	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่มารับการรักษา		
1 ครั้ง / 1 เดือน	101	51.50
1 ครั้ง / 2 เดือน	69	35.20
1 ครั้ง / 3 เดือน	26	13.30
รวม	196	100.00
การสนับสนุนทางสังคม		
น้อย	25	12.80
ปานกลาง	98	50.00
มาก	73	37.20
รวม	196	100.00
ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง		
ต่ำ	63	32.10
ปานกลาง	101	51.50
สูง	32	16.30
รวม	196	100.00
เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง		
ต่ำ	0	00.00
ปานกลาง	41	20.90
สูง	155	79.10
รวม	196	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน จำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 51.50 เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 48.50

อายุ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.80 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 31-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.60 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.60

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.30 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.40 และ 19.40 ตามลำดับ และระดับอุดมศึกษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.90

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.80 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมีสถานภาพสมรสโสดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.20

อาชีพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ รับจ้างเอกชน/ส่วนตัว และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 15.30 14.30 และ 9.20 ตามลำดับ และมีอาชีพเกษตรกรร่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.60

รายได้ รายได้โดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.60 รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ สูงกว่า 13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.50 และ 23.50 ตามลำดับ และรายได้ 8,001-13,000 บาท มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.40

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.35 รองลงมาคือระหว่าง 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.61 และน้อยกว่า 2 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.04

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาคือมารับการรักษา 1 ครั้ง / 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.20 และ 1 ครั้ง / 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.30

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.20 และ 12.80 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาคือระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.10 และ 16.30 ตามลำดับ

เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 79.10 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.90 และไม่พบว่ามีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแจกแจงความถี่ จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสุขภาพจิต และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสุขภาพจิต และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	ระดับ
สุขภาพจิต	196	6.02	7.09	มีปัญหาทางสุขภาพจิต
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	196	1.34	0.28	สูง

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิต ($\bar{x} = 6.02$, $S = 7.09$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.34$, $S = 0.28$)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิง โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	t	p
เพศ					
ชาย	101	5.13	6.58	-1.82	.07
หญิง	95	6.96	7.51		

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเท่ากับ 6.96 ($S = 7.51$) และเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเท่ากับ 5.13 ($S = 6.58$) จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปรเพศ พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)

ตาราง 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วย
 ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ
 ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับ
 การรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
1. อายุ			
ต่ำกว่า 30 ปี	11	5.91	5.96
31-50 ปี	54	6.10	7.68
51 ปีขึ้นไป	131	5.99	6.97
รวม	196	6.02	7.09
2. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	44	7.25	7.78
ประถมศึกษา	79	5.86	6.92
มัธยมศึกษา	38	5.74	7.15
อุดมศึกษา	35	5.11	6.57
รวม	196	6.02	7.09
3. สถานภาพสมรส			
โสด	20	3.00	2.60
คู่	127	5.74	6.69
หม้าย/หย่า/แยก	49	7.00	8.73
รวม	196	6.02	7.09

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
4. อาชีพ			
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	30	4.00	4.78
ค้าขาย	18	5.33	8.33
เกษตรกรรม	13	12.31	7.70
รับจ้างเอกชน/ส่วนตัว	28	5.14	6.48
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	107	6.16	7.16
รวม	196	6.02	7.09
5. รายได้			
ต่ำกว่า 3,000 บาท	52	7.90	7.76
3,001-8,000 บาท	60	5.78	6.84
8,001-13,000 บาท	38	5.26	6.15
สูงกว่า 13,000 บาท	46	4.80	7.13
รวม	196	6.02	7.09
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			
น้อยกว่า 2 ปี	53	6.32	7.81
ระหว่าง 2-3 ปี	60	5.03	5.95
4 ปีขึ้นไป	83	6.53	7.36
รวม	196	6.02	7.09
7. จำนวนครั้งที่มารับการรักษา			
1 ครั้ง / 1 เดือน	101	6.88	7.42
1 ครั้ง / 2 เดือน	69	5.65	7.20
1 ครั้ง / 3 เดือน	26	3.62	4.60
รวม	196	6.02	7.09

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
8. การสนับสนุนทางสังคม			
น้อย	25	7.52	7.97
ปานกลาง	98	6.83	7.54
มาก	73	4.41	5.83
รวม	196	6.02	7.09
9. ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง			
น้อย	63	5.14	6.60
ปานกลาง	101	6.39	7.00
มาก	32	6.56	8.29
รวม	196	6.02	7.09

จากตาราง 5 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีอายุ 31-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 6.10$, $S = 7.68$) รองลงมาคือ อายุ 51 ปีขึ้นไป ($\bar{x} = 5.99$, $S = 6.97$) และอายุต่ำกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 5.91$, $S = 5.96$)

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาดำรงต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 7.52$, $S = 7.78$) รองลงมาคือระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ($\bar{x} = 5.86$, $S = 6.92$, $\bar{x} = 5.74$, $S = 7.15$ ตามลำดับ) และระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 5.11$, $S = 6.57$)

3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 7.00$, $S =$

8.73) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{x} = 5.74$, $S = 6.69$) และสถานภาพสมรสโสดมี คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 3.05$, $S = 2.60$)

3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 12.31$, $S = 7.70$) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย และรับจ้างเอกชน/ส่วนตัว ($\bar{x} = 6.16$, $S = 7.16$, $\bar{x} = 5.33$, $S = 8.33$, $\bar{x} = 5.14$, $S = 6.48$ ตามลำดับ) และอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 4.00$, $S = 4.78$)

5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 7.90$, $S = 7.76$) รองลงมาคือรายได้ 3,001-8,000 บาท และ 8,001-13,000 บาท ($\bar{x} = 5.78$, $S = 6.84$, $\bar{x} = 5.26$, $S = 6.15$ ตามลำดับ) และรายได้สูงกว่า 13,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 4.80$, $S = 7.13$)

6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 6.53$, $S = 7.36$) รองลงมาคือน้อยกว่า 2 ปี ($\bar{x} = 6.32$, $S = 7.81$) และระหว่าง 2-3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 5.03$, $S = 5.95$)

7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 6.88$, $S = 7.42$) รองลงมาคือ 1 ครั้ง / 2 เดือน ($\bar{x} = 5.65$, $S = 7.20$) และ 1 ครั้ง / 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 3.62$, $S = 4.60$)

8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 7.52$, $S = 7.97$) รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{x} = 6.83$, $S = 7.54$) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 4.41$, $S = 5.83$)

9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 6.56$, $S = 8.29$) รองลงมาที่มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.39$, $S = 7.00$) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำสุด ($\bar{x} = 5.14$, $S = 6.60$)

จากข้อมูลตามตาราง 5 ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับ
การรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	.51	.26	.01	1.00
	ภายในกลุ่ม	193	9792.44	50.74		
	รวม	195	9792.95			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	100.32	33.44	.66	.58
	ภายในกลุ่ม	192	9692.63	50.48		
	รวม	195	9792.95			
3. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	376.61	188.31	3.86*	.02
	ภายในกลุ่ม	193	9416.34	48.79		
	รวม	195	9792.95			
4. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	668.46	167.11	3.50*	.01
	ภายในกลุ่ม	191	9124.50	47.77		
	รวม	195	9792.95			
5. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	277.64	92.55	1.87	.14
	ภายในกลุ่ม	192	9515.31	49.56		
	รวม	195	9792.95			

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	84.80	42.40	.84	.43
	ภายในกลุ่ม	193	9708.16	50.30		
	รวม	195	9792.95			
7. จำนวนครั้งที่มารับการรักษา	ระหว่างกลุ่ม	2	234.57	117.29	2.37	.10
	ภายในกลุ่ม	193	9558.38	49.53		
	รวม	195	9792.95			
8. การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	308.99	154.50	3.14	.06
	ภายในกลุ่ม	193	9483.96	49.14		
	รวม	195	9792.95			
9. ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	2	71.42	35.71	.71	.49
	ภายในกลุ่ม	193	9721.53	50.37		
	รวม	195	9792.95			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง มีสุขภาพจิต จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาได้ผลดังนี้

อายุ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 7

อาชีพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 7

รายได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเป็นรายคู่ของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามสถานภาพ
สมรส และอาชีพ

ตัวแปร		ผลการทดสอบเป็นรายคู่		
สถานภาพสมรส	$\bar{x}$	โสด	คู่	หม้าย/หย่า/แยก
	$\bar{x}$	3.00	5.74	7.00
โสด	3.00	-	2.74	4.00*
คู่	5.74	-	-	1.26
หม้าย/หย่า/แยก	7.00	-	-	-

อาชีพ	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	รับจ้างเอกชน /ส่วนตัว	ค้าขาย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	
	$\bar{x}$	4.00	5.14	5.33	6.16	12.31
รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	4.00	-	1.14	1.33	2.16	8.31*
รับจ้าง เอกชน/ ส่วนตัว	5.14	-	-	0.19	1.02	7.17
ค้าขาย	5.33	-	-	-	0.83	6.98
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6.16	-	-	-	-	6.15
เกษตรกร	12.31	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเป็นรายคู่ตามตัวแปร ที่ศึกษาดังนี้

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสโสด มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่ อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

อาชีพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพเกษตรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่ อื่นๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับ ไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	t	p
เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง					
สูง	155	5.93	7.23	.33	.74
ปานกลาง	41	6.34	6.95		

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด ($\bar{x} = 6.34$, $S = 6.95$) รองลงมาคือมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับสูง ($\bar{x} = 5.93$, $S = 7.23$) และไม่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังในระดับต่ำ

จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปรเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศชายกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิง การโดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	t	p
เพศ					
ชาย	101	1.34	.30	-.05	9.58
หญิง	95	1.34	.25		

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 1.34 ($S = 0.30$) และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 1.34 ($S = 0.25$)

จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามตัวแปรเพศ พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance)

ถ้าพบว่ามีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)

ตาราง 10 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
1. อายุ			
ต่ำกว่า 30 ปี	11	1.28	.24
31-50 ปี	54	1.37	.28
51 ปีขึ้นไป	131	1.34	.28
รวม	196	1.34	.28
2. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	44	1.31	.25
ประถมศึกษา	79	1.34	.28
มัธยมศึกษา	38	1.33	.30
อุดมศึกษา	35	1.41	.28
รวม	196	1.34	.28
3. สถานภาพสมรส			
โสด	20	1.35	.20
คู่	127	1.36	.29
หม้าย/หย่า/แยก	49	1.30	.28
รวม	196	1.34	.28

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
4. อาชีพ			
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	30	1.41	.28
ค้าขาย	18	1.22	.36
เกษตรกรรม	13	1.34	.18
รับจ้างเอกชน/ส่วนตัว	28	1.42	.26
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	107	1.33	.27
รวม	196	1.34	.28
5. รายได้			
ต่ำกว่า 3,000 บาท	52	1.30	.25
3,001-8,000 บาท	60	1.29	.25
8,001-13,000 บาท	38	1.35	.29
สูงกว่า 13,000 บาท	46	1.47	.30
รวม	196	1.34	.28
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			
น้อยกว่า 2 ปี	53	1.35	.29
ระหว่าง 2-3 ปี	60	1.36	.27
4 ปีขึ้นไป	83	1.33	.28
รวม	196	1.34	.28
7. จำนวนครั้งที่มารับการรักษา			
1 ครั้ง/ 1 เดือน	101	1.38	.27
1 ครั้ง/ 2 เดือน	69	1.27	.27
1 ครั้ง/ 3 เดือน	26	1.38	.29
รวม	196	1.34	.28

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
8. การสนับสนุนทางสังคม			
น้อย	25	1.23	.25
ปานกลาง	98	1.28	.27
มาก	73	1.46	.26
รวม	196	1.34	.28
9. ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง			
ต่ำ	63	1.18	.24
ปานกลาง	101	1.14	.26
สูง	32	1.47	.26
รวม	196	1.34	.28

จากตาราง 10 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีอายุ 31-50 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.37$, $S = .28$) รองลงมาคืออายุ 51 ปีขึ้นไป ($\bar{x} = 1.34$, $S = .28$) และอายุต่ำกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.28$, $S = .24$)

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.41$, $S = .28$) รองลงมาคือประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ($\bar{x} = 1.34$, $S = .28$, $\bar{x} = 1.33$, $S = .30$ ตามลำดับ) และระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.31$, $S = .25$)

3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.36$, $S = .29$) รองลงมาคือสถานภาพสมรสโสด ($\bar{x} = 1.35$, $S = .20$) และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.30$, $S = .28$)

4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีอาชีพรับจ้างเอกชน/ส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.42$, $S = .26$) รองลงมาคือราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{x} = 1.41$, $S = .28$, $\bar{x} = 1.34$, $S = .18$, $\bar{x} = 1.33$, $S = .27$ ตามลำดับ) และอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.22$, $S = .36$)

5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีรายได้สูงกว่า 13,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.47$, $S = .30$) รองลงมาคือรายได้ 8,001-13,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาท ($\bar{x} = 1.35$, $S = .29$, $\bar{x} = 1.30$, $S = .25$ ตามลำดับ) และรายได้ 3,001-8,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.29$, $S = .25$)

6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยระหว่าง 2-3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.36$, $S = .27$) รองลงมาคือน้อยกว่า 2 ปี ($\bar{x} = 1.35$, $S = .29$) และระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.33$, $S = .28$)

7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง/ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.38$, $S = .27$) รองลงมาคือ 1 ครั้ง/ 3 เดือน ($\bar{x} = 1.38$, $S = .29$) และ 1 ครั้ง/ 2 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.27$, $S = .27$)

8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.46$, $S = .26$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{x} = 1.28$, $S = .27$) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.28$, $S = .25$)

9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{x} = 1.47$, $S = .26$) รองลงมาคือปานกลาง ($\bar{x} = 1.41$, $S = .26$) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด ($\bar{x} = 1.18$, $S = .24$)

จากข้อมูลตามตาราง 10 ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	.07	.03	.45	.64
	ภายในกลุ่ม	193	14.96	.08		
	รวม	195	15.03			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	.21	.07	.91	.44
	ภายในกลุ่ม	192	14.82	.08		
	รวม	195	15.02			
3. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	.14	.07	.88	.42
	ภายในกลุ่ม	193	14.89	.08		
	รวม	195	15.03			
4. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	.61	.15	2.03	.09
	ภายในกลุ่ม	191	14.41	.08		
	รวม	195	15.03			
5. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	1.02	.34	4.66*	.00
	ภายในกลุ่ม	192	14.01	.07		
	รวม	195	15.03			

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	ระหว่างกลุ่ม	2	.04	.02	.25	.78
	ภายในกลุ่ม	193	14.99	.08		
	รวม	195	15.03			
7. จำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษา	ระหว่างกลุ่ม	2	.53	.27	3.52*	.03
	ภายในกลุ่ม	193	14.50	.08		
	รวม	195	15.03			
8. การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	1.71	.86	12.44*	.00
	ภายในกลุ่ม	193	13.31	.07		
	รวม	195	15.03			
9. ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง	ระหว่างกลุ่ม	2	2.61	1.30	20.26*	.00
	ภายในกลุ่ม	193	12.42	.06		
	รวม	195	15.03			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาได้ผลดังนี้

อายุ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

อาชีพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

รายได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 12

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามรายได้ จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร		ผลการทดสอบเป็นรายคู่			
รายได้		3,001- 8,000 บาท	ต่ำกว่า 3,000 บาท	8,001- 13,000 บาท	สูงกว่า 13,000 บาท
	$\bar{x}$	1.29	1.30	1.35	1.47
3,001- 8,000 บาท	1.29	-	0.01	0.06	0.18*
ต่ำกว่า 3,000 บาท	1.30	-	-	0.05	0.17*
8,001- 13,000 บาท	1.35	-	-	-	0.12
สูงกว่า 13,000 บาท	1.47	-	-	-	-
จำนวนครั้งที่มารับการรักษา		1 ครั้ง/ 2 เดือน	1 ครั้ง/ 1 เดือน	1 ครั้ง/ 3 เดือน	
	$\bar{x}$	1.27	1.38	1.38	
1 ครั้ง/ 2 เดือน	1.27	-	0.11	0.00	
1 ครั้ง/ 1 เดือน	1.38	-	-	0.00	
1 ครั้ง/ 3 เดือน	1.38	-	-	-	

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	ผลการทดสอบเป็นรายคู่			
		น้อย	ปานกลาง	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	1.23	1.28	1.46
น้อย	1.23	-	0.05	0.23*
ปานกลาง	1.28	-	-	0.18*
มาก	1.46	-	-	-
ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง	$\bar{x}$	1.18	1.41	1.47
ต่ำ	1.18	-	0.23*	0.29*
ปานกลาง	1.41	-	-	0.06
สูง	1.47	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ผลดังนี้

รายได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ สูงกว่า 13,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และรายได้ 3,001-8,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้สูงกว่า 13,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ 3,001-8,000 บาท ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง/ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยไตวาย

เรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง/ 1 เดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษา 1 ครั้ง/ 2 เดือน ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตาม เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	t	p
เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง					
สูง	155	1.34	.29	-17	.87
ปานกลาง	41	1.34	.24		

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง

สุด ($\bar{x} = 1.34$, $S = .29$) รองลงมา มีเจตคติเกี่ยวกับไต่ถามเรื่องร้องเรียนกลาง ($\bar{x} = 1.34$, $S = .24$) และไม่พบว่าผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับไต่ถามเรื่องร้องเรียนในระดับต่ำ

จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนจำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับไต่ถามเรื่องร้องเรียนพบว่าผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนที่มีเจตคติเกี่ยวกับไต่ถามเรื่องร้องเรียนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 ที่ว่า ผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนที่มีเจตคติเกี่ยวกับไต่ถามเรื่องร้องเรียนต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ความสัมพันธ์	n	r	p
สุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	196	-.168*	.018

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า คะแนนสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 23 ที่ว่า คะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียน แสดงว่าผู้ป่วยไต่ถามเรื่องร้องเรียนที่มีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง และเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิต

แตกต่างกัน

12. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
13. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
14. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

15. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

16. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
17. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
18. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แตกต่างกัน

19. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน

20. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน

21. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน

22. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน

23. คะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเป็นผู้สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 196 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) สุขภาพจิต

และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ลักษณะของเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต ใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต จีเอสคิว (General Health Questionnaire ; GHQ) ฉบับภาษาไทย โดยใช้ จีเอสคิว - 30 (GHQ - 30) (ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ. 2539 : 2-4) จีเอสคิว ออกแบบมาเพื่อคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติ และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดปกติจากสภาวะที่ปกติของบุคคลนั้นๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้นๆ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ ความรู้ในด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความรู้ในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความจำเป็นทั่วไป เช่น ความรู้เกี่ยวกับการได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การดื่มน้ำ การขยับถ่าย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การรับรู้ถึงอันตราย การหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เช่น การบริหารจัดการเครียดและอุปสรรคในชีวิตเนื่องจากไตวายเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เช่น การแสวงหาแหล่งรักษาที่ถูกต้อง การติดตามผลของพยาธิสภาพที่กระทบต่อพัฒนาการตนเอง การรับประทานยา การปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาผู้อื่น และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือ ผิดหรือ ไม่ทราบ จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อความมีทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การดูแลตนเองตามความจำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า

3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อความทั้งลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : 136-137) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 26 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย (Mean) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่
 - 2.1 การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
 - 2.2 การทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียวของค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม (One-way analysis of variance) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)
 - 2.3 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 196 คน เป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 มีอายุ 51 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.80 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.30 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54.60 มีรายได้โดยรวม

3,001-8,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.60 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.35 และมารับการรักษา 1 ครั้ง / 1 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.10

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.02 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.34

ตอนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสโสดมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพเกษตรกร
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ทดสอบสมมติฐานโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้สูงกว่า 13,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ 3,001-8,000 บาท
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 1 เดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 2 เดือน
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย
10. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลางจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 ทดสอบสมมติฐานโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงนั้นหมายถึงผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง

อภิปรายผล

จากการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังและเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุดม ไกรฤทธิชัย และคนอื่นๆ (2540 : 302) ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรвати ดันธรรมจาริก (2541 : 76) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมใน โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสุขภาพจิตไม่ปกติ กังขา แสงสุวรรณ (2531 : 209-218) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม ซึ่งหนึ่งในสาเหตุนั้นคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไตวายเรื้อรังก็เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ การรักษาเป็นการประคับประคองไม่ให้ไตเสื่อมสภาพลง โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีสภาพร่างกายทรุดโทรมจากพยาธิสภาพของโรค อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง จึงสร้างความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีปัญหาทางจิตได้ (สุจิตรา ลีมนานวยลามภ. 2536 : 16) สุนทร การบรรเลง (2538 : 87-89) กล่าวว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทั้งกายและใจ จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่แย่ลง เนื่องจากต้องทุกข์ทรมานจากโรคและค่าใช้จ่ายในการครองชีพและการรักษาพยาบาล สภาพชีวิตที่มีแต่ความทุกข์ ความเครียด ความกดดัน ความกลัวต่อโรคที่จะรุนแรงขึ้น เกิดความท้อแท้และหมดหวังในชีวิต (สมรัก รอดพ่าย. 2537 : 261-262) ดังนั้น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความ ช่วยเหลือและต้องการที่พึ่ง ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ย่อมทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (กิติกร มีทรัพย์. 2533 : 44)

เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า

เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532 : 99) ที่ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษา ในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคชายและหญิงที่เข้ารับการตรวจและรักษา ในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา มีระดับภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ศรีหาล้า (2537 : 78) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จ

เจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เพศกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ สมิตเกษตรริน (2528 : 56) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนชายกับหญิงมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 68) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อป่วยเป็นไตวายเรื้อรังแล้วต้องประสบกับพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคที่เหมือนกัน เพื่อประคับประคองไม่ให้ไตเสื่อมสภาพไปจากเดิมให้มากที่สุด จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดื่มน้ำ ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

อายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุดม ไกรฤทธิชัย และคนอื่นๆ (2540 : 301-302) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าอายุกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กัน และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเคสซิเลท และคนอื่นๆ (Cassileth and others. 1984 : 508) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุยิ่งมากจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุน้อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในสภาพของสังคมไทยที่มีการดำเนินชีวิตแบบครอบครัวและเครือญาติ ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีอายุที่แตกต่างกันแต่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการดูแลทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต เมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยจะได้รับ

คำแนะนำจากแพทย์และได้พบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคนอื่นๆ ซึ่งจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ได้รับความเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณภา ชีวรัฐวัฒน์ (2532 : 99) ที่ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วันโรคเขต 12 จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา คุปต์จิต (2535 : 159) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษากับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเจโลไวส์และเพาเวอร์ (Jalowice and Power, 1981 : 10) ที่ศึกษาความเครียดและการควบคุมความดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความตระหนักและเข้าใจปัญหาได้ดีกว่า จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า พื้นฐานทางการศึกษาไม่ใช่พื้นฐานทางสุขภาพจิต เพราะ พื้นฐานทางสุขภาพจิตนั้นถูกปูพื้นฐานมาตั้งแต่บุคคลนั้นถือกำเนิดขึ้นมา (จันทิมา จารณศรี, 2539 : 106) การศึกษาจึงเป็นเพียงการขัดเกลาและชี้แนะให้บุคคลมีการเรียนรู้มากขึ้นอีกทั้งการเรียนรู้ อาจได้มาจากประสบการณ์ การทำงาน การฝึกปฏิบัติ และในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ว่าจะระดับการศึกษาใดก็ตาม เมื่อทราบว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังแล้ว การปฏิบัติตัวในการที่จะประคับประคองไตไม่ให้เสื่อมสภาพไปกว่าเดิม จึงเป็นหน้าที่ที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องปฏิบัติเหมือนกัน ทั้งในแง่การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดื่มน้ำ การพักผ่อน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสโสด มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ สมิตเกษตรริน (2528 : 56) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน และผลการศึกษาของพรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532 : 102) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของ ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ศรีหล้า (2537 : 80) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า สถานภาพสมรสอาจเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทในชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องการความเข้าใจและความเข้าใจ การเอาอกเอาใจ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก นั้น การพลัดพากจากไปของคู่สมรสไม่ว่าการจากกันด้วยการเสียชีวิต หรือการแยกทางกัน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระทบกระเทือนใจ ประกอบกับการป่วยเป็นไตวายเรื้อรังที่ต้องการกำลังใจ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

อาชีพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพ เกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณภา ชีวรัฐพัฒน์ (2532 : 99) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาชีพต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตด้านหวาดระแวงและด้านโรคจิตแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ (2534 : 104) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินุช เกื้อกุล (2539 : 100) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าอาชีพกับระดับสุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า โดยปกติบุคคลทั่วไปเมื่อเข้าสู่โลกแห่งการทำงานเป็นอาชีพ ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มแรกมักจะมีการทดสอบตัวเองกับงานอาชีพ บางครั้งเปลี่ยนงานเพื่อแสวงหาความ

เหมาะสมกับความถนัดและความพอใจของตนเอง งานอาชีพอาจไม่ลงตัว ความสำเร็จยังไม่โดดเด่น สำหรับคนทั่วไป จนกระทั่งเข้าสู่วัยกลางคน ถ้าเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในอาชีพ ผู้นั้นจะโดดเด่น และเป็นยุคทองของสถานะคนทำงาน (The Prime of life) แต่ทั้งนี้ย่อมเป็นไปตามฐานานุรูปแห่งตน และผู้ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพ ต้องพยายามอย่างหนักเพื่อให้พบกับความสำเร็จก่อนสิ้นสุดวัยทำงาน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538 : 543) ในกลุ่มอาชีพที่หลายหลากย่อมมีความแตกต่างกันทั้งด้านแรงงานและค่าจ้าง และในผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีสุขภาพจิตดีกว่าอาชีพเกษตรกรรม ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นอาชีพที่มั่นคง มีรายได้แน่นอน และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แต่อาชีพเกษตรกรรมนั้นรายได้จากผลผลิตขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้มีอาชีพเกษตรกรรมรู้สึกวิตกกังวลมาก

รายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณภา ชีวรัฐวัฒน์ (2532 : 103) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์โรคไต เขต 12 จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่มีรายได้ต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ศรีหล้า (2537 : 80) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ผลการศึกษาพบว่า รายได้กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่ารายได้กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีความสัมพันธ์กัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 70) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในแต่ละคนมีพื้นฐานความเป็นอยู่แตกต่างกัน แต่มีปัจจัยหลักที่ต้องการเหมือนกันคือปัจจัยสี่ ที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต ปัจจัยสี่ของแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไปตามสภาพความเป็นอยู่ฐานะทางเศรษฐกิจ คนที่มีรายได้น้อยจะมีรายจ่ายน้อย คนที่มีรายได้มากจะมีรายจ่ายมากตามมา ถ้าคนที่มีความรายน้อยแต่มีรายจ่ายมากขึ้น ก็ต้องขวนขวายหารายได้เพิ่มขึ้น คนที่มีรายได้มากก็ไม่มีอะไรมาวัดได้ว่ามีความสุขว่าคนที่มีความรายน้อย สุขภาพหรือความพอใจอยู่ที่ความรู้สึกพอใจ สำหรับผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ที่ค่ายา ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานตลอดชีวิต เพื่อ

ระดับประคอง ไตไม่ให้เสื่อมสภาพ นอกจากนั้นในสังคมของคนไทยมีความเป็นอยู่แบบครอบครัวและเครือญาติ เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นกับผู้ใด จะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในคนที่ไม่มีรายได้ หรือบางคนที่มีครอบครัวจะได้รับความช่วยเหลือจากสามีหรือภรรยาหรือบุตรที่มีรายได้ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีแผนกสังคมสงเคราะห์ที่จะช่วยเหลือในเรื่องค่ายา สำหรับผู้ที่ ยากจน และไม่มีญาติช่วยเหลือ ด้วยเหตุนี้อาจทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลายความวิตกกังวลจึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจึงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 71) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ตันธรรมจาริก (2541 : 80) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมใน โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเดโย และคนอื่นๆ (Deyo and others. 1982 : 881) ที่ศึกษาเรื่องหน้าที่ทางกายภาพและทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลการศึกษาพบว่าสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรค ข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าไตวายเรื้อรังเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยและมีระยะเวลาในการดำเนินโรคยาวนาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และการได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้แก่การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การจำกัดน้ำดื่ม การพักผ่อน รวมทั้งการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เพื่อประคับประคองไม่ให้ไตเสื่อมสภาพจนต้องฟังกายไต หรือต้องสูญเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดอาการหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ศรีหล้า (2537 : 84) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ตันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์

กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเจนตรี และเดวิส (Gentry and Davis. 1972 : 547) ที่ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ภาพตัดขวางของการปรับตัวด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งที่รักษามากจะทำให้การปรับตัวได้ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มาตรวจตามแพทย์นัดในแต่ละครั้ง แพทย์จะนัดตามอาการและความรุนแรงของโรค สำหรับผู้ป่วยในแต่ละคน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางกายมาก เช่น หอบเหนื่อยมาก ชีตมาก หรือมีภาวะยูรีเมีย แพทย์จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางกายเพียงเล็กน้อย หรืออาจดูจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่จะแสดงถึงสมรรถภาพของไต และพิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วย โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วย 1 เดือน / 1 ครั้ง หรือ 2 เดือน, 3 เดือน / 1 ครั้ง ตามความเหมาะสมดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ทำให้ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลว่าทำไมแพทย์นัดเร็วหรือช้า ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษาต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเจียงคำ อินทวิชัย (2533 : 35) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ดันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เจ็บป่วยเรื้อรังและทุกข์ทรมานจากโรค จะมีความต้องการคนคอยดูแลและช่วยเหลือประคับประคอง โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาทั้งในด้านแรงงาน การเงิน สิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับและการเห็นคุณค่า ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตัวเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาได้ เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆในชีวิต แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่อายุ 51 ปีขึ้นไป และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยมี

บุคคลอยู่เป็นเพื่อนที่ที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นและปลอดภัยในครอบครัวและในชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล จันทร์วิจิตร (2539 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังทำผ่าตัดไต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไตที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดด้านจิตใจและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษามีผลต่อความร่วมมือในการรักษาส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังระดับปานกลาง แหล่งความรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ได้จากแพทย์ และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยจะตอบว่าการรักษาเป็นหน้าที่ของแพทย์ ถ้าเชื่อแพทย์และทำตามที่แพทย์บอกจะทำให้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่เครียด จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน เจตคติ คือ สภาพจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนความเห็นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และทำหน้าที่เสมือนทางเลือกของพฤติกรรมที่จะแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดหรือความเห็นที่มีอยู่ของบุคคลนั้น ดังนั้นเจตคติที่มีต่อความเจ็บป่วย จึงมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากการศึกษาพบว่ามีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงมากที่สุด และไม่พบว่ามีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ เจตคติจึงเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์ (2536 : 17) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของอัสรา อารณ (2540 : 95-96) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง

สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี

ไถวายเป็นโรครีรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังที่มาตรวจตามนัด จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อีกทั้งผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังที่ศึกษาครั้งนี้ มีเจตคติเกี่ยวกับไถวายเป็นโรครีรังระดับสูง จึงทำให้ผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังมีความสนใจและให้ความสำคัญในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อประคับประคองไม่ให้ไตเสื่อมสภาพลงจนต้องพึ่งการล้างไต ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991 : 365) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละคนดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า

เพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่า ผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 65) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541:103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไถวายเป็นโรครีรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพศชายและเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 104) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า เพศชายกับเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศิลาธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : 56) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสนธิ พึ่งสาย (2539 : 124) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความเห็น

ว่าเพศ ถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางโครงสร้างสรีรภาพของชายและหญิง เป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทหน้าที่ในสังคม เพศหญิงเป็นเพศที่มีขีดจำกัดด้านต่างๆ ต่ำกว่าเพศชาย แต่สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแล้วพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในการดำรงชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งได้แก่การจำกัดอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกายเบาๆ การพักผ่อน ผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจะต้องปฏิบัติเหมือนกัน จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดดำเรื้อรังอายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลวชิร พยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา บุรณมณีวิวัฒน์ (2532 : 57) ที่ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ผลการศึกษาพบว่าอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยความดันโลหิตปกติ ผลการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงปริมาณ และประสบการณ์ในอดีต ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ภาวะไตวายเรื้อรังเกิดขึ้นกับคนทุกกลุ่มอายุ จากการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 49) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีอายุอยู่ในช่วง 15-70 ปี และเมื่อไตวายเรื้อรังเกิดขึ้นกับใครแล้ว บุคคลนั้นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เข้ากับโรคไตวายเรื้อรัง ต้องดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการทำลายไตไม่ให้ไตเสื่อมสภาพลง จนต้องฟังกายไต ดังนั้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกันจะพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 14 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศิลาธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : 56) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 65) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้ในทุกระดับการศึกษา ซึ่งผลการศึกษานี้พบในระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด และพบในระดับอุดมศึกษาน้อยที่สุด แต่จากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคนจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงกัน อีกทั้งการมาตรวจตามนัดในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนจากแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิต ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดารากร แซ่ไคว่ (2535 : 60) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า จากความเชื่อที่ว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือหม้าย/หย่า/แยก มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มักได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส จึงส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง แต่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหม้าย/หย่า/แยก บุคคลเหล่านี้ยังเป็นผู้ที่มีอาชีพไม่ต้องพึ่งพาคู่สมรส หรือถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ ผู้ป่วยยังมีครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน เพราะสังคมคนไทยมีการอยู่อาศัยเป็นแบบครอบครัวใหญ่แบบเครือญาติ ไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 90) จึงมีอาจกล่าวได้ว่าสถานภาพ

สมรสที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และเมื่อป่วยเป็นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเรียนรู้บทบาทใหม่เพิ่มเข้ามาในชีวิต โดยต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่จะช่วยดูแลรักษาตนเองได้ และจะร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป ดังนั้นสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 16 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณี เวชประสิทธิ์ (2540 : 88) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่าอาชีพต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จันทาณิช (2541 : 103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ (2539 : 77) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 56) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการแตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในทุกกลุ่มอาชีพ เมื่อป่วยเป็นไตวายเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังและการปฏิบัติตนเพื่อประคับประคองไตไม่ให้เสื่อมสภาพ เมื่อได้แหล่งความรู้จากแพทย์ พยาบาล หรือจากเอกสารต่างๆ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องตามแหล่งความรู้นั้นๆ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

รายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 17 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ สูงกว่า 13,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ 3,001 – 8,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสิริย์ จันทเพชร (2536 : 63) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 56) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาล พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริอร พัวศิริ (2533 : 67) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของ ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 104) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่ารายได้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือเป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะอำนวยให้เกิดพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่า เพราะผู้ที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลด น้อยลง (Caldwell and others. 1970 : 587) และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ ได้ มากกว่า 13,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ 3,001 – 8,000 บาท

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จากการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่า ผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา พิชัยกุล (2533 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแล ตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของ เสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความ สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 103) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช (2532 : ข) ที่ศึกษาความพร้อมในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียขา ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่สูญเสียขามีความสัมพันธ์ทาง ลบกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยนาน 4 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอควรที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้มี โอกาสเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของ ตนเอง ตลอดจนยอมรับการเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการรับรู้ก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษา

แล้วว่า โรคไตวายเรื้อรังนั้นเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ วิธีการรักษาต่างๆ ที่มีอยู่เพียงเพื่อช่วยยืดชีวิต ทำให้ไตไม่เสื่อมสภาพ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ให้เกิดขึ้นไม่ว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานเท่าใดก็ตาม ทั้งนี้ก็เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้

จำนวนครั้งที่มารับการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 19 ที่ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 1 เดือน มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษา 1 ครั้ง / 2 เดือน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งที่มารับการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งจำนวนครั้งที่มารับการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนั้นขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย ผลการตรวจเลือดเพื่อดูสมรรถภาพการทำงานของไตและความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้กำหนดวันนัดให้ผู้ป่วย โดยมีการนัด 1 ครั้ง / 1 เดือน , 1 ครั้ง / 2 เดือน, 1 ครั้ง / 3 เดือน ซึ่งระยะเวลาที่ต่างกันในการนัดนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป และมีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลาง การได้รับความรู้และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้จากแพทย์เจ้าของ ซึ่งถ้าการนัดมีระยะเวลานานหลายเดือน จะทำให้ผู้ป่วยขาดคนกระตุ้น หรือลืมคำแนะนำของแพทย์ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีจำนวนครั้งที่มารับการรักษาต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 20 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของอร่าไพ วินทะไชย (2538 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความล้าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 68) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะต้องพึ่งพาอาศัยกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด ช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและถูกต้อง บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 594) กล่าวว่า องค์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการในที่นี้คือการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะการสนับสนุนทางสังคมนี้จะทำให้ผู้ได้รับมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพและการดำเนินโรค ซึ่งผู้ป่วยจะมีร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอลงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระแก่ครอบครัว ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดโดยการให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ รวมทั้งเงินทอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เกิดกำลังใจและแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 21 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลางจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว กองวัฒนา (2531 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดน้อยจะมีการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 65) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 129) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความรู้ว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำการสิ่งใดจะต้องมีความรู้มาก่อนเสมอ และโอเร็ม (Orem. 1991 : 128) ยังได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ว่ามีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอและถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และจากการศึกษาของเรมวอล นันทศุภวัฒน์ (2534 : 96) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ และการศึกษาของรัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : ก-ข) ที่ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงเห็นได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

เจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 22 ที่ว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรค เขต 3 ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : 66) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) ที่ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจความ

บังเอิญมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูงมากที่สุด และไม่พบว่ามีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่ำ หมายความว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อความพอใจ ความสนใจ และทำที่ต่อไตวายเรื้อรังในทางที่ดี แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเนื่องมาจากไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพกับทุกระบบของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะที่ไตเริ่มเสื่อมสภาพผู้ป่วยจะไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ ถ้าเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะพยายามดูแลตนเองเท่าที่ตนเองมีความรู้ ถึงแม้ว่าจะมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังเช่นไรก็ตาม จึงไม่เป็นผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 23 ที่ว่าคะแนนสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กล่าวคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะของดวงเดือน พันธมนาวิน (2538 : 161-163) ที่กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นจิตลักษณะหนึ่งที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่น่าปรารถนา และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาณี แก้วไพฑูรย์ (2535 : 94) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับความท้อถอยในการปฏิบัติงานของครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่าธรรมชาติความท้อถอยไปด้วยกันกับคุณลักษณะของสุขภาพจิต กล่าวคือความท้อถอยในการปฏิบัติงานต่ำไปด้วยกันกับลักษณะสุขภาพจิตดี และความท้อถอยในการปฏิบัติงานสูงจะไปด้วยกันกับลักษณะสุขภาพจิตไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของจินดารัตน์ ทองประไพ (2539 : 46) ที่ศึกษาพฤติกรรมแบบเอและบีกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิบัติงานและมนุษย์สัมพันธ์ของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีสุขภาพจิตดี ปฏิบัติงานเกือบทุกด้านดีกว่าพยาบาลที่สุขภาพจิตไม่ดี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์ (2543 : 58) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ และในโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก ร่างกายทรุดโทรม เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ประสบกับปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ นิตยา (2539 :

103-105) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังผู้หนึ่งได้กล่าวไว้ว่าเมื่อทราบว่าเป็นไตวายเรื้อรังตนเองมีสภาพจิตใจที่เครียดมาก รู้สึกสับสนกระวนกระวายใจ และส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ และชีวิตอยู่ไปวันๆ หนึ่ง ได้แต่รอว่าเมื่อไรสิ่งที่เลวร้ายจะเกิดขึ้นกับตนเอง เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่การควบคุมอาหารที่จะทำให้ของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่การจำกัดอาหารเค็ม ผัก ผลไม้บางประเภท และน้ำ ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ต้องบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องปฏิบัติตลอดเวลาจนเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เมื่ออยู่ในภาวะที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้โดยรวม 3,001-8,000 บาท มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นไตวายเรื้อรัง 4 ปีขึ้นไป มาตรวจ 1 ครั้ง / 1 เดือน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลาง และมีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังสูง มีปัญหาทางสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนั้นในหน่วยงานคลินิกโรคไต หน่วยโรคไต ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหน่วยสุขศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ควรมีการร่วมมือกับฝ่ายจิตเวชศาสตร์ เพื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตแบบรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นๆ

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานคลินิกโรคไตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดบรรยายให้ความรู้และให้สุขศึกษากับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในเรื่องโรคไตวายเรื้อรัง และการดูแลตนเองเมื่อเป็นไตวายเรื้อรังเพื่อป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมสภาพจนต้องฟังกายไต หรือปลูกถ่ายไต

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง อาจเนื่องมาจากบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ไม่ทราบว่าไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการกระตุ้นให้บุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นที่กำลังใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะสามารถต่อสู้กับโรคไตวายเรื้อรังได้ โดยอาจทำเป็นกิจกรรมกลุ่ม หรือทำเป็นปายโปสเตอร์ เพื่อกระตุ้นบุคคลใกล้ชิด เวลาที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

4. เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยมีผู้ป่วยมาใช้บริการตรวจโรคในแต่ละวันประมาณ 3,000 คน ดังนั้นควรมีการจัดให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคไตกับประชาชนบุคคลทั่วไปได้ทราบเพื่อให้สามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง โดยจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ เช่นหนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือนิทรรศการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อจากงานวิจัยนี้ในเชิงคุณภาพทั้งในเรื่องสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
2. ควรมีการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เช่นคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ อัตมโนทัศน์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเครียด ความวิตกกังวล การปรับตัว เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิติกร มีทรัพย์. (2533). "สุขภาพจิตกับเศรษฐกิจ," ใน สุขภาพจิตวันนี้. หน้า 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา.
- กันยา แสงสุวรรณ. (2532). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : อักษรวิทยา.
- กรมการแพทย์. (2529). การประชุมวิชาการจิตเวช. ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : กรมฯ.
- กรองจิตร ชมสมุท. (2535). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรองแก้ว สุขแสง. (2540). พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับ บริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง. (2537). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- กองสุขภาพจิต. (2532). คู่มือการใช้บริการสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : กองแผนงานสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- ใกล้หมอ. (2538). ข่าวทั่วไป. 19(6) : 20.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2534). "ไดเอท เทอราปี อิน โครนิค รีเนล เฟลเรีย (Diet Therapy in Chronic Renal Failure)," ใน ฟลูอิท แอนด์ อิเล็กโทรไลต์ ดิสทิวชัน; รีเนล เฟลเรีย; ไดอะไลซิส แอนด์ ทรานส์แพนเทชั่น (Fluid and Electrolyte Disturbance; Renal Failure; Dialysis and Transplantation). บรรณาธิการโดย วณิช วรรณพฤกษ์ และลีนา งามอายุทธ. หน้า 237-245. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- _____. (2537). ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- จินดารัตน์ ทองประไพ. (2539). พฤติกรรมแบบเอและบีกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิบัติงาน และมนุษย์สัมพันธ์ของพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา กสิบเมฆ. (2529, กันยายน). "สุขภาพจิตลึกซึ้งควรรวัง," สารพัฒนาหลักสูตร. 54 : 54-56.
- จินตนา ศรีหล้า. (2537). สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิรพรรณ รัฐประเสริฐ. (2533). การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้ และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยโรค ในศูนย์โรค เขต 3 ชลบุรี. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจียงคำ อินทวิชัย. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2526). "อาหารสำหรับผู้ป่วยไตวาย," ใน ประชุมวิชาการฉลอง 84 ปี ศิริราช. บรรณาธิการโดย ทศนา บุญทอง. หน้า 93. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- ไฉไล ไชยเสรี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวล ในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชนะ แยมบุญเรือง และคนอื่นๆ. (2521). "โครนิค รีเนล เฟลเรีย (Chronic Renal Failure)," ใน การอบรมระยะสั้นวิชาโรคไต ครั้งที่ 1 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. หน้า 220-228. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ชุตินันท์ ธรรมารัตน์. (2536). การรักษาโดยวิธีฮีโมไดอะไลซิส (Hemodialysis) และ ซีเอฟดี (CAPD). กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. (2518). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วรวิ.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์และปกเจริญผล.
- _____. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารากร แซ่ไคว้. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ อัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2538). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัย และพัฒนาบุคคล. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ดุสิต ลำเลิศกุล. (2532). แองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ทติ้ง เอ็มไซม์ อินฮิบิเตอร์ (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors). เชียงใหม่ : หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถนอม สุภาพร. (2537). การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, วิฑิตินันท์ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์. (2536, เมษายน-มิถุนายน). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน," พยาบาลสาร. 20(2) :

- ทิพย์ภา บุรี. (2529). *ความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตของประชาชนชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสมานคุณ อำเภอหาดใหญ่ สงขลา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. (2531). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2528, เมษายน-พฤษภาคม). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," *วารสารสุขศึกษา*. 8(29) : 24-26.
- _____. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม). "การสอนสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," *สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ*. 15(4) : 11-15.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ. (2539, มกราคม-มีนาคม). "ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ เจนเนอเรล เฮลท์ ควेशันแนรี่ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย," *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41 : 2-6.
- นงนุช บุญยัง. (2536). *ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2528). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นิตยา. (2539, มกราคม). "ความรู้สึกเมื่อเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 9(19) : 103-105.
- นิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เนตรนภา คู่พันธ์. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- บุญวดี เพชรรัตน์. (2535, กรกฎาคม-กันยายน). "การพยาบาลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่มี
ปัญหาทางอารมณ์," วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 12(3) : 28-35.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "นวัตกรรมการให้สุขศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ," ใน การ
ประชุมวิชาการ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ บริโคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทาง
สังคมศาสตร์และสุขศึกษา. หน้า 171-172. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
และสาธารณสุข.
- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค
ในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปัทมา คุปจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับ
พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประครอง กรรณสูต. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
เจริญผล.
- _____. (2529). สถิติประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ประครอง อินทรสมบัติ. (2534). "การดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและทำ ซีเอพีดี(CAPD)," ใน การประชุมวิชาการสองทศวรรษรำลึกดี. บรรณาธิการโดย สมพร ศิรินาวิน.
หน้า 63-64. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์สวย.
- ประพัฒน์ จำปาไทย. (2530, สิงหาคม-กันยายน). "นักวิจัยคุย," วิจัยการศึกษา. 6(1) : 30.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วย
1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 151-152. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อรุณ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และ
สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ใจอาจ. (2532). สรีรวิทยา ตอนระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ป.
สัมพันธ์.

- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนุช ปัญญาธิระ. (2542). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยาณี แก้วไพฑูรย์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับความท้อถอยในการปฏิบัติงานของครูแนะแนวในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิต.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2521). เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. (2540). สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2542). สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2541. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณภา ชีวรัฐพัฒน์. (2532). สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 12 จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2535). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์มีเดีย.
- _____. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พัทยา จิตสุวรรณ. (2535). ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- การณี เชิดชัย. (2539, มกราคม). "นักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 10(19) : 73-77.
- มณฑา เจริญกุล. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัชสุรีย์ จันทเพชร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัชมีแข วิโรจน์รัตน์. (2534). *ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเสียดิตทางเส้นเลือด เพื่อป้องกันโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เรมวอล นันทศุภวัฒน์. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ลีนา งามอายุุทธ. (2532). *โรคไต ดุลน้ำ เกลือแร่ กรดต่าง สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์.
- ลำเนาวิ เรืองยศ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- วรารณ นาครัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- วาสนา ปุณณณีวิวัฒน์. (2532). *เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันปกติ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย ตันไพจิตร และคนอื่นๆ. (2530, มกราคม). "ความชุกของโรคขาดโปรตีนและพลังงานในผู้ใหญ่," *โภชนาศาสตร์คลินิก*. 1 : 14.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาด," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3) : 8-11.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2532). *สำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิไล ชินธเนศ, และคนอื่นๆ. (2533). *จุฬา แอทลาส ออฟ เบสิค ฮิวแมน อะนาโตมี (Chula atlas of basic human anatomy)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุณวรรณ ผาโครด. (2537). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- คันสนีย์ สมิตเกษตรริน. (2528). *การศึกษาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรัณญา เบญจกุล. (2538). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศรราวดี ตันธรรมจาริก. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร*.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2343). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สงศรี จัยสิน และคนอื่นๆ. (2528, เมษายน). "สุขภาพจิตประชาชนจังหวัดชลบุรี," *วารสารกรมการแพทย์*. 4 : 247-259.
- สง่า นิลวรานุการ. (2514). *คอมพลีเฮนซีฟ เนฟโรโลยี (Comprehensive Nephrology)*.
กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- _____. (2526). "ภาวะไตวายเรื้อรัง," ใน *น้ำและอิเล็กโทรไลต์*. หน้า 148-160. กรุงเทพฯ :
กรุงเทพเวชสาร.
- สนธยา พิชัยกุล. (2533). *ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2533). "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก," ใน *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. บรรณาธิการโดย ลือชัยศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. หน้า 129. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบาย
สาธารณสุข สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์วิจิตรศิลป์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2534, กรกฎาคม-กันยายน). "การวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์," *วารสารสุขศึกษา*. 14(55) : 2.
- สมรัก รอดฟ้าย. (2537). "การพยาบาลผู้ป่วย ซีเอพีดี (CAPD)," ใน *การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย*. บรรณาธิการโดย อุษณา ลูวิละ, พรพรรณบุผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชการ. หน้า 261-262. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.

- สายชล จันทรวิจิตร. (2539). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- สาส์ พิกุลทอง. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โสภณ พานิชพันธ์. (2531). "การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน," ใน ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. บรรณาธิการโดย สันต์ หัตถิรัตน์ และประไพ ส.บุรี. หน้า 146. กรุงเทพฯ : เมดิวัล มีเดีย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2535). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2537). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. (2526). การพยาบาลผู้ป่วยไตวาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุจินต์ ปรีชามารภ. (2535). สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาม. (2528). องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมตลอดชีวิต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาม. (2536). ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง การวางแผนการพยาบาล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ขอนแก่น.
- สุจิรา จรัสศิลป์. (ม.ป.ป.). คู่มือการสอนจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สุจิต สวรรณชัย. (2525). คู่มือฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ อินทรประสิทธิ์. (2531, ตุลาคม). "ไตวายเรื้อรัง (ตอน 2)," วารสารคลินิก. 4(10) : 705-709.

- สุณี เวชประสิทธิ์. (2540). *คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย เอส พี เอส เอส (SPSS)*. กรุงเทพฯ : คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุนทร การบรรเลง. (2538, มกราคม). "นักสังคมสงเคราะห์กับปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 9(7) : 87-89.
- สนิท พิงสาย. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัฒน์ วาณิชยการ. (2532, กรกฎาคม). "คน 1ไต- 2ไต- 3ไต," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 3(6) : 27.
- สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. (2525, กันยายน). "พุดจาประสาชวบ้านเรื่องสุขภาพจิต," *วารสารสุขศึกษา*. 7 : 59-69.
- สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สิรินุช เกื้อกุล. (2539). *สุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิริอร พัวศิริ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ. (2533, พฤษภาคม-สิงหาคม). "นันททัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง," *วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*. 2(2) : 6.
- สุพล อิศรไกรศีล. (2532). *การเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยากับโรคระบบอื่น*. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช.

- สุรพงษ์ อัมพวันวงษ์. (2514, ธันวาคม). "พยาธิสภาพทางสมองกับสุขภาพจิต," *ชมรมจิตวิทยาคลินิก*. 2(2) : 43-44.
- สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และจิรวรรณ วรกุลสวัสดิ์. (2535). "การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา," ใน *บทความย่อ โครงการวิจัยเพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข*. หน้า 46-47.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรวงศ์ จันทน์เอม. (2527). *สุขวิทยาจิต*. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- สุรสิทธิ์ พร้อมมูล. (2539, กันยายน-ธันวาคม). "การปลูกถ่ายไต ประสิทธิภาพที่โรงพยาบาลศิริราช," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 2(3) : 216-224.
- สุริยา จันทรสุริยกุล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ อารีกุล. (2522). *หลักการวิจัยและการเสนอผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : บุรพาสาน.
- อัจฉรา จังพานิช. (2541). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุดม ไกรฤทธิชัย และคนอื่นๆ. (2540, กันยายน-ธันวาคม). "สุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต," *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*. 3(3) : 298-309.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรัตน์ วิจิตรธรรม. (2538, กรกฎาคม). "ชีวิตก่อนและหลังเปลี่ยนไต," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 9(18) : 101-103.

- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อรอำไพ วินทะไชย. (2538). *การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรค โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์วัณโรค เขต 5 นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุษณา ลูวีระ. (2539, ธันวาคม). "การศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธี ไดอะไลซิสในประเทศไทย สถิติปี 2538," *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*. 2(3) : 238.
- อุษณา ลูวีระ, พรรณบุปผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชยการ. (2537). *การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร.
- อัสรา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Baillie, V., Norback, J.S. & Barnes, L. "stress Social Support and Psychological Distress of Family Care Givers of the Elderly," *Nursing Research*. 37 : 217-222.
- Beare, P.G. (1991). *Principles and Practice of Adult Health Nursing*. St. Louise : The C.V. Mosby.
- Becker, M.H. and Marman, L.A. (1975). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," In *The Health Belief Model and Personal Health Behavior New Servey*. Chales B. Sleek.
- Bernard, Harold, W. (1970). *Mental Health in Classroom*. New York : McGraw Hill.
- Brown, M.A. (1986, January-February). "Social Support During Pregnancy," *Nursing Research*. 35: 4-9.

- Cassel, J. (1976, August). "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance," *American Journal of Epidemiology*. 104 : 109.
- Cassileth, and others. (1984, August). "Psychosocial status in chronic illness," *The New England Journal of Medicine*. 311: 508.
- Cobb, S. (1976, September-October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Psychosomatics Medicine*. 38 : 300-313.
- Cohen, S. & Wills T.A. (1985, September). "Stress Support and the Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310-357.
- Compt, C.M. & Collins, A.J. (1984, March). "Dialytic Therapy in the Management of Chronic Renal Failure," *Medical Clinic of North America*. 68(2) : 399-421.
- Cronbach, Lee Josept. (1970). *Essentials of Psychology Testing*. 3rd ed. New York : Herper and Row.
- Deyo, R.A. and others. (1982, May). "Physical and Psychosocial Function in Rheumatoid Arthritis," *Archives of Internal Medicine*. 142 : 881.
- Dimon, M. & Jchnes, S.L. (1983). *Chronic Illness Across the Life Span*. Connecticut : Appleton – century crofts.
- Gentry, W.D. and Devis, G.C. (1972, September). "Cross-section Analysis of Psychological to Chronic Hemodialysis," *Journal of Chronic Disease*. 25(9) : 547.
- Glasser, William. (1960). *Mental Health or Mental Illness*. New York : Harper and Row.
- Gothieb, Benjamin. (1985, Sping). "Social Network and Social Support," *An over View of Research Practice and Policy Implication Health Education Quarterly*. 12 : 5-22.
- Hartweg, D.L. (1991). "Dorothea Orem : Self-Care Deficit Theory," *Notes on Nursing Theories*. 4 : 6.
- Hubbard, P., Muhlenkamp & Brown, N. (1984, September-October). "The Relationship Between Social Support and Self-Care Practice," *Nursing Research*. 33 : 266-269.

- Jahoda, Masic. (1958). *Current Concept of Positive Mental Health*. New York : Book.
- Jalowice, A and Powers, M.J. (1987, January-February). "Stress and Coping in Hypertensive and emergency room Patients," *Nursing Research*. 3 : 10.
- Jenrich, J.A. (1975, November-December). "Some Aspects of the Nursing Care for Patients on Hemodialysis," *Heart and Lung*. 4 : 888.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging and Social Support," In *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives*. Edited by Ritey, M.W. p. 85. Colorado : Westview Press.
- Krejcie, Robert V. & Morgan, Daryle N. (1970). *Determining Sample Size for Research Activity*. Educational and Psychological Measurement.
- Kutner, N.G. & Cardenas, D.D. (1981, February). "Rehabilitation Status of Chronic Renal Disease Patients Undergoing Dialysis : Ariations by Age Category," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 62 : 620-630.
- Levin, L.S. (1976, March). "Self-Care," *American Journal of Nursing*. 79 : 487-489.
- Lewis, S.M. (1981, September). "Pathophysiology of Chronic Renal Failure," *Nursing Clinical of North America*. 16(3) : 501.
- Marston, Mary Vesta. (1970, July-August). "Compliance with Medical Regimens : A Review of the Literature," *Nursing Research*. 19(4) : 312-323.
- Mc Nett, S.C. (1987, March-April). "Social Support Threat Response and Effectiveness in the Functionally Disable," *Nursing Research*. 36 : 98-103.
- Mouly, George. (1965). *Psychology for Effective Teaching*. New York : Holt Rinchart and Winston.
- Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. (1986, November-December). "Self-esteem, Social Support and Positive Health Practices," *Nursing Research*. 35 : 334-338.
- Munn, Norman Lesile. (1962). *Introduction of Psychology*. Boston : Houghton Mifflin.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing : Concepts of Practice*. New York : McGraw Hill.
- _____. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. 2nd ed. New York : McGraw Hill.
- _____. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 3rd ed. New York : McGraw Hill.

- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practices*. East Norwalk : Appletion Century Crofis.
- Schwartz, N.E. (1975, January). "Nutrition Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduates," *Journal of the American Dietetic Association*. 66(1) : 28-31.
- Smith, Dorothy C. (1976, July). "Patient Compliance with Medication Regimens," *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*. 10(7) : 386-393.
- Thoits, P.A. (1986, June). "Social Support as Coping Assistance," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 : 416-423.
- Thomson, N.M. & others. (1981). "Long Term Clinical Experience in Australia," In *Peritoneal Dialysis*. Edited by Atkins, R.C. & others. p. 93-102. New York : Churchill Living Stone.
- Tilden, V.P. (1985, June). "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," *Research in Nursing and Health*. 8 : 199-206.
- Wortman, C.B. (1984, May). "Social Support and the cancer Patient : Conceptual and Methodologic Issue; Supplement to Cancer," *Journal of the American Cancer Society*. 53 : 2339-2360.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือขออนุญาตใช้แบบสอบถาม
- หนังสือขออนุญาตทดสอบแบบสอบถาม
- หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการทำวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย
อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคไต
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร อาจารย์พิเศษ ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
ผู้จัดการฝ่ายกิจการพิเศษ
สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช สำนักราษฎร์
4. อาจารย์วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง อาจารย์พยาบาล ภาควิชาอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
5. นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพ 6 สำนักงานบรรเทาทุกข์
และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย
วิทยาการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทม 1012/1111

วันที่ 6 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๒๒๒



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์นายแพทย์โสภณ นภาธร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ ๒๕๔๓

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้จัดการฝ่ายกิจกรรมพิเศษ สำนักพิมพ์ วัฒนาพานิช สํารายราษฎร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๒๒๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๑๑๑๕



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๐๒๕ 16



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๔ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย โดยขอยืมใช้ Thai GHQ-30 เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ได้ใช้แบบสอบถามดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๐๔๕ / ๗



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๔ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๒๐๘๘



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒ กันยายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน ๒๐๐ คน ตอบแบบสอบถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุธินี ศรีรัตน์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๕๑๑๕

ภาคผนวก ข.

- แบบสอบถาม เรื่องสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบ
ถามสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

HN.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ มีทั้งหมด 6 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต
- ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงของท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวสุธินี ศรีรัตน์

นิสิตปริญญาโท เอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับท่าน

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ

() ต่ำกว่า 30 ปี

() 31-50 ปี

() 51 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย / หย่า / แยก

5. อาชีพ

() รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับจ้างเอกชน / ส่วนตัว

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้โดยรวมของผู้ป่วยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ต่อเดือน

() ต่ำกว่า 3,000 บาท

() 3,001-8,000 บาท

() 8,001-13,000 บาท

() มากกว่า 13,000 บาท

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

() น้อยกว่า 2 ปี

() ระหว่าง 2-3 ปี

() 4 ปี ขึ้นไป

8. จำนวนครั้งที่มารับการรักษา

() 1 ครั้ง / 1 เดือน

() 1 ครั้ง / 2 เดือน

() 1 ครั้ง / 3 เดือน

ภาคที่ 10 มี 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () คำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะเวลาที่ผ่านมาท่าน

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้
 () ดีกว่าปกติ () เหมือนปกติ () แย่กว่าปกติ () แย่กว่าปกติมาก
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
 () ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
3. มีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท
 () ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
4. หวออะไรทำ และทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
 () มากกว่าปกติ () เหมือนปกติ () ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
5. ออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย
 () มากกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
6. จัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดีพอๆ กับคนส่วนใหญ่ ที่อยู่ในสภาพเดียวกับท่าน
 () ดีกว่ามาก () ดีพอๆ กัน () ค่อนข้างน้อยกว่า () น้อยกว่ามาก
7. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี
 () ดีกว่าปกติ () เหมือนปกติ () ดีน้อยกว่าปกติ () ดีน้อยกว่าปกติมาก
8. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป
 () มากกว่าปกติ () พอๆ กับตามปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
9. สามารถมีความรู้สึกรักและอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้
 () ดีกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
10. รู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย
 () ดีกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
11. ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก
 () ใช้เวลามากกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่ามาก
12. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ
 () มากกว่าปกติ () เหมือนปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก

13. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
14. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
15. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆ ได้
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
16. รู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
17. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
18. มองอะไรเคร่งเครียดไปหมด
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
19. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
20. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตัวเองได้
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
21. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
22. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
23. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
24. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
25. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
26. รู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
27. รู้สึกว่ามีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวมๆ
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

28. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

29. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

30. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ตัวอย่าง			
ก. ไตมีหน้าที่รักษาภาวะสมดุลต่างๆในร่างกาย.....✓			
1. ไตวายเรื้อรังเป็นโรคติดต่อ.....			
2. โรคเบาหวานทำให้เกิดไตวายเรื้อรังได้.....			
3. การตรวจเลือดหาค่ายูเรียไนโตรเจนและครีอะตินินสามารถบอกในเบื้องต้นได้ว่าอาจเป็นไตวายเรื้อรัง.....			
4. ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำลายเนื้อไตอย่างถาวรทั้ง 2 ข้าง.....			
5. ไตวายระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติ.....			
6. อาการบวมและปัสสาวะน้อยลงเป็นอาการของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.....			
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มและบันทึกปริมาณปัสสาวะ.....			
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่จำเป็นต้องงดอาหารประเภท เครื่องในสัตว์ ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว.....			
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรรับประทานผักและผลไม้มากๆ.....			
10. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถรับประทานขนมปัง เค้ก ลูกก็ ได้ตามปกติ.....			
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรออกกำลังกายโดยการรำมวยจีน.....			
12. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยังคงมีร่างกายแข็งแรงเหมือนคนปกติ.....			
13. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังถ้ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากแสดงว่ามีสุขภาพสมบูรณ์.....			
14. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังถ้ามีอาการหอบเหนื่อยหรือเป็นลม ต้องรีบนอนพัก โดยไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์.....			
15. ไตวายเรื้อรังสามารถรักษาให้หายขาดได้.....			
16. ผู้ที่รับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ ไม่มีผลเสียต่อไต.....			
17. ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องรักษาด้วยการล้างไตหรือปลูกถ่ายไตเท่านั้น.....			
18. การฝึกทำสมาธิจะช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีจิตใจที่สงบสุขได้.....			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ตัวอย่าง			
ก. ผู้เป็นไตวายเรื้อรังเป็นผู้โชคร้าย.....			✓
1. การป่วยเป็นไตวายเรื้อรังเป็นเรื่องของโชคชะตา.....			
2. ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน.....			
3. ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ.....			
4. โรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม.....			
5. ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย.....			
6. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่จำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.....			
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารเค็มก็ได้.....			
8. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นเรื่องที่ ยุ่งยากและน่าเบื่อ.....			
9. แพทย์และพยาบาลบางครั้งให้คำแนะนำไม่ถูกต้อง.....			
10. ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย.....			
11. หมอพระ คนทรงเจ้า สามารถรักษาไตวายเรื้อรังได้.....			
12. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรไปทำบุญ รดน้ำมนต์มากๆ จะได้ทำให้หายป่วยเร็วขึ้น.....			

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ตัวอย่าง			
ก. ท่านไปเที่ยวตามสวนสาธารณะ.....	✓		
1. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือวิ่งเหยาะๆ หรือรำมวยจีน.....			
2. ท่านจำกัดอาหารโปรตีน โดยเลือกรับประทาน โปรตีนประเภทไข่ขาวหรือเนื้อปลาในปริมาณ จำกัด.....			
3. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง.....			
4. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์.....			
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา หรือกาแฟ.....			
6. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....			
7. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน.....			
8. ท่านจำกัดน้ำดื่มเมื่อมีอาการบวม.....			
9. ท่านจำกัดน้ำดื่มเมื่อมีปัสสาวะออกน้อยลง.....			
10. ท่านบันทึกจำนวนน้ำดื่มในแต่ละวัน.....			
11. ท่านบันทึกจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน.....			
12. เมื่อมีอาการบวม ท่านจะซื้อยาขับปัสสาวะมา รับประทานเอง.....			
13. ท่านจะถามแพทย์เมื่อท่านไม่เข้าใจในเรื่องการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง.....			
14. เมื่อแพทย์ได้เปลี่ยนยาตัวใหม่ให้ท่าน ท่านได้ถามเกี่ยวกับผลและอาการข้างเคียง จากการใช้ยา.....			
15. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลอย่างเคร่งครัด.....			

ข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
16. เมื่อท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ท่านรีบมาพบแพทย์.....			
17. ท่านชอบกลิ่นปัสสาวะ.....			
18. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง.....			
19. ท่านมักลืมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง.....			
20. ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ หรือมีเวลาเงียบๆ เพื่อสำรวจตนเอง.....			
21. ท่านใช้สมาธิเพื่อผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ.....			
22. ท่านซึ่งน้ำหนักและบันทึกเปรียบเทียบความแตกต่างที่เปลี่ยนแปลง.....			
23. ท่านได้รับการวัดความดัน ท่านจะบันทึกเปรียบเทียบความแตกต่างที่เปลี่ยนแปลง.....			
24. ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น บวม หอบเหนื่อย หรือไม่มีปัสสาวะ.....			
25. ท่านแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคนอื่น.....			
26. ท่านสนใจอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพจากหนังสือ-นิตยสาร หรือหนังสือทั่วไป.....			
27. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ท่านจะไม่ปรึกษาผู้อื่น.....			
28. ท่านเลือกดูรายการโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ.....			
29. ท่านคิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพ.....			
30. ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.....			

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือระดับประคอง			
และสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์			
1. ท่านมีคนที่จะไว้วางใจและสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้.....			
2. ท่านได้รับความรักและความเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด.....			
3. บุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น สบายใจ และปลอดภัย.....			
4. บุคคลใกล้ชิดสนใจซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านอยู่เสมอ.....			
5. บุคคลใกล้ชิดทราบปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อระดับประคอง ภาวะไตวายเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่.....			
6. บุคคลใกล้ชิดทราบความต้องการในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อระดับ ประคองภาวะไตวายเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่.....			
การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า			
7. บุคคลใกล้ชิดให้การยกย่อง และนับถือท่าน.....			
8. บุคคลใกล้ชิดจะมาขอคำปรึกษา คำแนะนำ หรือขอความช่วยเหลือ จากท่านเมื่อมีปัญหา.....			
9. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ ที่ท่าน สามารถทำได้.....			
10. บุคคลใกล้ชิดเห็นว่าท่านเป็นคนที่มีความมีประโยชน์.....			
11. บุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพ ของตนเองได้.....			
12. บุคคลใกล้ชิดชื่นชมและให้กำลังใจท่าน เมื่อท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ถูกต้อง.....			

ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม			
13. ขณะเป็นไตวายเรื้อรัง บุคคลใกล้ชิดไปมาหาสู่ท่านเหมือนเดิม.....			
14. ท่านและบุคคลใกล้ชิดร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่วนรวม.....			
15. บุคคลใกล้ชิดแสดงให้ท่านรู้ว่า ท่านมีส่วนช่วยในงานส่วนรวม.....			
16. เมื่อครอบครัวของท่านมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมีส่วนร่วมในการ แก้ไขปัญหา.....			
การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ ด้านเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ			
17. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน บุคคลใกล้ชิดจะให้ความช่วยเหลือท่าน.....			
18. เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของ เครื่องใช้ และสิ่งอื่นๆ บุคคลใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือท่าน.....			
19. เมื่อท่านไม่สามารถทำงานที่ท่านรับผิดชอบอยู่ได้ มีบุคคล ใกล้ชิดช่วยแบ่งเบาภาระให้ท่านได้.....			
20. ถ้าท่านมีอาการไตวายเรื้อรังกำเริบ มีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่.....			
21. บุคคลใกล้ชิดอำนวยความสะดวกให้ท่าน เมื่อท่านมาตรวจรักษา ไตวายเรื้อรังที่โรงพยาบาล.....			
การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร			
22. บุคคลใกล้ชิดให้ความรู้เกี่ยวกับไตวายเรื้อรังแก่ท่าน.....			
23. บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคอง ภาวะไตวายเรื้อรัง.....			
24. บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล.....			
25. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ท่านมีบุคคล ที่จะช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัย.....			
26. บุคคลใกล้ชิดส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ไตวายเรื้อรังจากสื่อต่างๆ.....			

ตาราง 15 ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์

ข้อ	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.70	0.37
2	0.50	0.50
3	0.57	0.28
4	0.67	0.21
5	0.83	0.52
6	0.57	0.46
7	0.77	0.19
8	0.50	0.18
9	0.20	0.29
10	0.47	0.78
11	0.73	0.35
12	0.50	0.20
13	0.73	0.30
14	0.70	0.44
15	0.77	0.19
16	0.63	0.32
17	0.87	0.45
18	0.93	0.33

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไวยากรณ์ เท่ากับ 0.74

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสุขภาพจิต เท่ากับ 0.77

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ
เกี่ยวกับไถว้ายเรือร้าง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการ
สนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)		
	เจตคติเกี่ยวกับไถว้ายเรือร้าง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	การสนับสนุนทางสังคม
1	0.35	0.42	0.57
2	0.38	0.44	0.74
3	0.22	0.44	0.71
4	0.15	0.27	0.55
5	0.24	0.52	0.71
6	0.12	0.53	0.59
7	0.18	0.56	0.52
8	0.32	0.24	0.24
9	0.28	0.31	0.35
10	0.63	0.54	0.42
11	0.63	0.29	0.45
12	0.64	0.32	0.72
13	-	0.27	0.61
14	-	0.43	0.61
15	-	0.44	0.36
16	-	0.54	0.27
17	-	0.29	0.59
18	-	0.44	0.61
19	-	0.27	0.69
20	-	0.40	0.59
21	-	0.30	0.62
22	-	0.37	0.51
23	-	0.45	0.64
24	-	0.64	0.54

ตาราง 16 (ต่อ)

ค่าอำนาจจำแนก (r)			
ข้อ	เจตคติเกี่ยวกับไถวยายเรือร้าง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	การสนับสนุนทางสังคม
25	-	0.35	0.59
26	-	0.39	0.45
27	-	0.42	-
28	-	0.46	-
29	-	0.51	-
30	-	0.54	-

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไถวยายเรือร้าง เท่ากับ 0.65

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.86

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวสุธินี ศรีรัตน์
วัน เดือน ปี เกิด	26 กุมภาพันธ์ 2515
สถานที่เกิด	อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	21/36 หมู่ 1 ซอยสุวรรณี 2/1 ถนนสร่งประภา แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึก ภปร. 17 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	มัธยมศึกษาปีที่ 6
	จากโรงเรียนดอนเมือง (ทหารอากาศบำรุง)
พ.ศ. 2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต
	จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
	จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร