

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ
โรงพยาบาลรามาริบดี

ปริญญานิพนธ์
ของ
ศศิธร เจริญบุรณ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กรกฎาคม 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ
โรงพยาบาลรามาริบดี

บทคัดย่อ
ของ
ศศิธร เจริญบุรณ์

- 9 ต.ค. 2544

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กรกฎาคม 2544

ศศิธร เจริญบุรณ์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภ รองศาสตราจารย์
สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌมางกูร

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคนิ้วในไตจำนวน 338 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไต มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไต ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีเพศ ภูมิฐานะ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน

SELF CARE OF RENAL CALCULI PATIENTS IN UROLOGIC DISEASES
CLINIC AT RAMATHIBODI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SASITHORN CHAROENBOON

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
July 2001

Sasithorn Charoenboon. (2001). *Self Care of Renal Calculi Patients in Urologic Disease Clinic at Ramathibodi Hospital*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School Srinakharinwirot University Advisor Committee : Assoc. Prof.Sujin Preechamart, Assoc. Prof. Dr.Napaporn Madhyamankura.

The objective of this study were study and to compare the self care of renal calculi patients in Urologic Disease Clinic at Ramathibodi Hospital according to variables sex, age, educational level, domicile, occupation, income, marital status, length of disease, knowledge of renal calculi and social support. The sample in this study were 338 renal calculi patients by purposive sampling technique. The instrument for collecting data were the questionnaires of general data, self care, knowledge of renal calculi and social support of renal calculi patients in Urologic Disease Clinic at Ramathibodi Hospital. The data were analyzed by using the SPSS to determine the percentage, mean, standard deviation, t-test and one-way analysis of variance.

The results of this study were as follows:

1. Renal calculi patients's self-care was classified into moderate level.
2. Renal calculi patients with different age, education level, occupation, income and knowledge concerning renal calculi showed statistical difference in self-care of renal caculi at .05 level of significance.
3. There were no statistical difference in self-care of renal calculi patients with any personal variable : sex, domicile, marital status, length of disease and social support.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ
โรงพยาบาลรามาริบัติ

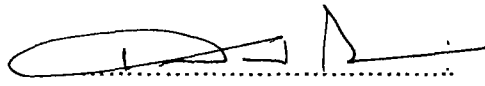
ของ

นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตมหาวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

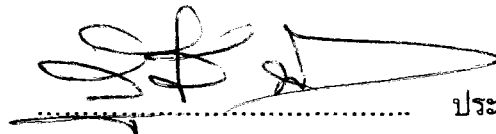


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

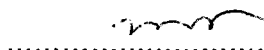
วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



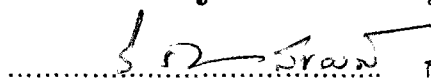
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริชามารถ)



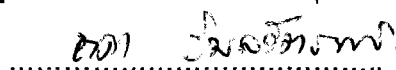
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วิมลวัตรเวที)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้จากรองศาสตราจารย์สุจินต์
ปรีชาमारถ รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌิมานุกร ประธานและกรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา
วิมลวัตรเวที คณะกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้คำปรึกษาข้อแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อ
บกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์วีระสิงห์ เมืองมั่น รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา
วิมลวัตรเวที ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาศเกษม ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายพร รัตนเรืองวัฒนา
อาจารย์รุ่งทิพย์ จามรมาน กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการสร้างและการตรวจสอบ
คุณภาพเครื่องมือสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความ
ร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคนิวไนไตที่เป็น
กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณน้องๆ ผู้ใกล้ชิดและมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้วิจัยทุกท่าน
ที่กรุณาให้ความร่วมมือและให้กำลังใจอย่างดีตลอดมา

ศศิธร เจริญบุญ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
	ข้อตกลงเบื้องต้น	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคนี้ในไต.....	12
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	32
	การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต	45
	แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	48
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	55
	งานวิจัยในต่างประเทศ	55
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	57
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	62
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	(ต่อ)	
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	63
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	63
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	64
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	64
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	66
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	68
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	68
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	93
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	93
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	93
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	94
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	96
	อภิปรายผล	97
	ข้อเสนอแนะ	108
	บรรณานุกรม	109

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	120
ประวัติย่อของผู้วิจัย	139

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนผู้ป่วยในแบ่งตามกลุ่มสาเหตุป่วยจากสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขรายภาคกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 ราย ปี พ.ศ. 2540	2
2	แสดงตัวห้ามและตัวเสริมการเกิดผลึกในปัสสาวะ	21
3	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม	40
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบ ปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต และการสนับสนุนทางสังคม	75
5	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามาริบัติ จำแนกตามการดูแลตนเองเป็นรายด้าน	79
6	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามาริบัติ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต และการสนับสนุนทางสังคม	80
7	ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการ ในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามเพศ และ การสนับสนุนทางสังคม	85
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามาริบัติ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต	86

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามธิบดี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้ เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต.....	89
10 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้โรคหัวใจในโต.....	136
11 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต.....	137

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	10
2 แสดงโครงสร้างภายในของไตเมื่อผ่าไตตามความยาว.....	14
3 แสดงถึงส่วนประกอบของหน่วยไต	15
4 แสดงขั้นตอนการเกิดน้ำ	21
5 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม	34
6 ระยะของการดูแลตนเอง	36

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้ามากขึ้น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศ ทำให้แนวโน้มการเกิดโรคติดต่อและอัตราการเสียชีวิตของประชาชนลดลง แต่ขณะเดียวกันการเกิดโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมักเป็นโรคที่เรื้อรัง โดยเฉพาะนิ่วในทางเดินปัสสาวะ (Urolithiasis) พยาธิสภาพของไต (Kidney) ท่อไต (Ureter) กระเพาะปัสสาวะ (Urinary bladder) ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) และหลอดปัสสาวะ (Urethra) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่ง

โรคนิ่วในไต (Renal calculi หรือ Renal stone) เป็นโรคไม่ติดต่อโรคหนึ่งที่พบได้ในทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศตะวันตก พบว่า ในชีวิตคนทั่วไปประมาณร้อยละ 5-10 จะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคนิ่วในไต (สมนึก ดำรงกิจชัยธรรม. 2538 : 9, 95-7) และทำให้เกิดการติดเชื้อนำมาสู่การเกิดไตพิการจนกระทั่งถึงเสียชีวิตได้ เพราะความผิดปกติซ่อนตัวอยู่ในผู้ป่วยนาน รอจนกว่าพยาธิสภาพรุนแรงมากพอที่จะแสดงอาการออกมา ดังนั้นการพบและกำจัดนิ่วในไตไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้ายในการรักษา เพราะนิ่วในไตมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ในอัตราที่สูง ถ้าไม่ได้ลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 16)

จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2540 ตามสาเหตุป่วยของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 ราย โรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. 2540 พบว่า สาเหตุป่วยด้วยโรคนิ่วในไต ยังพบในทุกๆ ภาคของประเทศไทย ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยในแบ่งตามกลุ่มสาเหตุป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวง
สาธารณสุข รายภาคกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 ราย ปี พ.ศ. 2540

สาเหตุป่วย (ชื่อโรค)	ทั่วประเทศ (ไม่รวม กทม.)		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)		ภาคใต้	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เนื้องอกร้ายที่เต้านม	8,344	15.2	2,789	23.2	3,566	17.0	1,286	9.2	703	8.8
เนื้องอกร้ายที่มดลูก	5,732	10.5	1,749	14.5	1,795	8.6	1,439	10.3	749	9.5
โรคเบาหวาน	81,601	148.7	16,235	134.9	28,408	135.4	27,250	195.1	9,708	123.3
โรคความดันโลหิตสูง	86,700	158.0	21,402	177.7	21,942	104.8	29,845	213.6	13,511	171.5
โรคหัวใจขาดเลือด	26,886	49.0	5,604	46.6	5,783	27.6	10,861	77.7	4,638	58.9
โรคหลอดเลือดสมองใหญ่	41,141	75.0	11,655	96.8	10,069	48.0	13,097	93.8	6,320	80.2
โรคหัวใจในถุงน้ำดี และถุง น้ำดีอักเสบ	19,358	35.3	3,237	26.9	11,129	53.0	3,116	22.3	1,876	23.8
ไตวายเฉียบพลัน	3,603	6.6	795	6.6	1,528	7.3	849	6.1	431	5.5
ไตวายเรื้อรัง	24,112	43.9	7,837	65.1	8,963	42.7	4,775	34.2	2,537	32.2
นิ่วในไต	47,148	85.9	11,391	94.6	21,519	102.5	7,080	50.7	7,158	90.9

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. (2542). สถิติกระทรวงสาธารณสุข 2540. หน้า 156-161.

จากตาราง 1 ปรากฏว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) จำนวน 47,148 ราย จำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 21,519 ราย รองลงมา ภาคเหนือ จำนวน 11,391 ราย อุษณา สุวีระ (2530 : 27) ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2528 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2530 ในผู้ป่วยโรคหัวใจในไตสองข้าง อายุเฉลี่ยที่พบ 43.7 ปี ส่วนโรคหัวใจในไต พบในชายมากกว่าหญิง โดยแบ่งเป็นโรคหัวใจในไตสองข้าง อายุเฉลี่ยที่พบ 43.7 ปี ส่วนโรคหัวใจในไตข้างใดข้างหนึ่งอายุเฉลี่ยที่พบ 39.7 ปี ความรุนแรงของโรคพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต 2 ข้าง มีภาวะไตวายปานกลางและรุนแรง หลังจากได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว หน้าที่ของไตดีขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 12.60 ของผู้ป่วยมีภาวะไตวายรุนแรง ซึ่งจะเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย และเสียชีวิตในที่สุดหรือต้องรับการรักษาด้วยวิธีการที่แพงมาก คือ การล้างไต (Hemodialysis) และการเปลี่ยนไต (Renal transplantation) นอกจากนั้นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ พบว่าร้อยละ 57.80 ของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต 2 ข้าง ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ทำให้สุขภาพทางกายและจิตต้องสูญเสียไปอย่างมาก จากสถิติผู้ป่วยโรค

นิ้วในไตที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2542 ในแต่ละปีมีดังนี้ 1,995 ราย, 1,937 ราย, 2,103 ราย และ 2,207 ราย ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ : ไม่มีเลขหน้า) จากสถิติจะสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ

สาเหตุของการเกิดนิ้วในไต ส่วนหนึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปริมาณน้ำดื่ม ฐานะทางสังคม และอาชีพ หรือไม่ทราบสาเหตุ โดยปกติ น้ำปัสสาวะเป็นเกลือฟอสเฟต หรือคาร์บอเนตของแคลเซียม แมกนีเซียม หรือแอมโมเนีย น้ำปัสสาวะสามารถละลายสารตกผลึกได้จนถึงจุดอิ่มตัว และยังมีคอลลอยด์เป็นตัวป้องกันการตกผลึกหรือตกตะกอน ดังนั้นถ้าไม่มีความสมดุลของสารตกผลึกกับคอลลอยด์ ก็จะมีการรวมตัวตกผลึกเป็นนิ่ว (วิศิษฐ์ สิตปรีชา. 2528 : 42) โดยที่โรคนิ้วในไตเป็นโรคที่เกิดได้กับคน ทุกชาติ ทุกเพศ ทุกวัย ทุกฐานะ เป็นโรคที่ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นและรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก จะพบมากในช่วงอายุ 30-40 ปี แต่การพบและการกำจัดนิ้วในไตไม่ซับซ้อนต่อนุ้สุดท้ายในการรักษา เพราะนิ่วมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ภายหลังที่ได้รับการรักษาแล้ว ถึงร้อยละ 50 ในช่วงระยะเวลาหลังจากนั้น 5 ปี (วันชัย นัยรักษ์เสรี. 2540 : 57) การที่จะลดอัตราการเกิดนิ้วในไตนั้น ประชาชนต้องมีความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคนิ้วในไต (วีระสิงห์ เมืองมัน. 2535 : 12-18) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การผ่าตัดนิ้วในไต ในโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการแก้ไขปลายเหตุแห่งปัญหาสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรมาก หากส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การให้ความรู้แก่ประชาชนให้เข้าใจสาเหตุการเกิดโรคนิ้วในไต การจัดระบบน้ำประปาในชนบทให้ครอบคลุมเพื่อป้องกันการเกิดโรคนิ้วในไต (ณรงค์ สายวงศ์. 2542 : 42) นอกจากนั้น การสำรวจเพื่อประมาณการเกิดโรคนิ้วในไต กระทำได้ยากมากอันเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตบางราย อาจไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการร่วมกับการเกิดโรคอื่น ทำให้วิเคราะห์ได้ไม่ชัดเจนและผู้ป่วยบางรายมีนิ่วออกมาเองโดยไม่ทราบ นอกจากนั้นผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองเป็นโรคนิ้วในไตได้โดยบังเอิญ จากการตรวจร่างกายประจำปีหรือได้รับการรักษาโรคอื่น และพบจากการตรวจเอกซเรย์ อนึ่งการเกิดนิ้วในไตยังเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา เชื้อชาติ สภาพทางภูมิศาสตร์ หรือสถานะภาพทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย (Drack. 1986 : 1094-1114)

จากสภาพปัญหาและข้อมูลต่างๆ ดังกล่าว และจากแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self-care) และการป้องกัน โดยมองว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย จากแนวคิดการดูแล

ตนเองของ โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 22-25 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985. *Nursing : Concepts of Practice*.) การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสมัครใจทำตามลำดับความสามารถที่มีอยู่ เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะโดยแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้ เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสม และสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยแบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการคือ ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนั้นการดูแลตนเอง ยังช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดและภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อกระทำไปสักระยะหนึ่ง การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นนิสัยที่ดีติดตัวได้ ซึ่งนับว่าเป็นกลวิธีหนึ่งในระบบงานสาธารณสุขที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อมนุษย์อย่างยิ่ง ดังนั้นการที่จะบรรลุการมีสุขภาพดี ก้าวหน้าเพื่อเป้าหมายสูงสุดคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ควรต้องยึดหลักการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต วิธีการดูแลตนเองนั้นไม่จำกัดเฉพาะทางยา การดูแลตนเองที่ไม่อาศัยยา ก็มีความสำคัญมาก เช่น การรับประทานอาหารหรือการงดอาหารแสดงต่างๆ ฉะนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตมี 2 ลักษณะ คือ การดูแลตนเองโดยอาศัยตัวยาและการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพร ยาสามัญประจำบ้าน การซื้อยารับประทานเอง และการดูแลตนเองโดยไม่ใช้ยา เช่น ดื่มน้ำมากๆ ลดอาหารจำพวกโปรตีน ผักที่มีใบเขียวจัด เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต เป็นวิธีการที่มีรูปแบบผสมผสานเทคโนโลยี การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งมีขอบเขตกิจกรรมครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพที่จะสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพดี

นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพราะการสนับสนุนจากบุคคลอื่นนั้นจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้อุปสรรคได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (Cohen. & Wills. 1985 : 310-353) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง และพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House. 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านความรัก การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของหรือแรงงาน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง โดยครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิก

มุขเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles. 1988 : 637-646) ได้ศึกษาและผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้ทราบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างไร เพื่อจะได้ นำผลการศึกษาซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นมาวางแผนงานสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจในโตต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิสำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต และการสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะโรงพยาบาลรามาริบัติ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตให้มีสุขภาพที่ดี
3. เป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจในโต
4. เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ให้เหมาะสมต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบปัสสาวะว่าเป็นโรคหัวใจในโตและหลังจากได้รับการรักษาและมารับบริการตรวจและติดตามผลการรักษาในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ หน่วยตรวจคัดกรอง

ผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ทั้งชายและหญิง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 2,207 ราย (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี ปี 2542 : ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 338 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 ภูมิลำเนา
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 รายได้
- 1.7 สถานภาพสมรส
- 1.8 ระยะเวลาการเป็นโรค
- 1.9 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต
- 1.10 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตริเริ่มและกระทำด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

2. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไต

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบปัสสาวะว่าเป็นโรคนิ้วในไต หลังจากได้รับการรักษาและมารับการตรวจหรือติดตามผลการรักษาในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

3. อายุ

หมายถึง จำนวนปีเต็ม นับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็นดังนี้

- 3.1 น้อยกว่า 30 ปี
- 3.2 30 - 39 ปี
- 3.3 40 - 49 ปี
- 3.4 50 - 59 ปี
- 3.5 60 - 69 ปี
- 3.6 มากกว่า 69 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต แบ่งออกเป็นดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 39)

- 4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 4.2 ประถมศึกษา
- 4.3 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
- 4.4 อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า

5. ภูมิลำเนา

หมายถึง สถานที่เกิดของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่อยู่อาศัยเกิน 5 ปี โดยแบ่งตามส่วนราชการ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย แบ่งออกเป็นดังนี้

- 5.1 กรุงเทพมหานคร
- 5.2 ภาคกลาง
- 5.3 ภาคเหนือ
- 5.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 5.5 ภาคใต้
- 5.6 ภาคตะวันออก

6. อาชีพ

หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำ ซึ่งได้มาซึ่งรายได้ของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต แบ่งออกเป็นดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 2)

6.1 ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสุกรเพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างเหมาเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัวมีรายได้ไม่แน่นอน

6.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานในเชิงเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้ เช่น แม่บ้าน นักศึกษา

7. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้อื่นๆ ของผู้ป่วยโรคนี้ในไตต่อเดือน แบ่งออกเป็นดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

7.1 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

7.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

7.3 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

7.4 มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

8. สถานภาพสมรส

หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกัน แบบสามี ภรรยาของผู้ป่วยโรคนี้ในไต แบ่งออกเป็นดังนี้

8.1 โสด

8.2 คู่

8.3 หม้าย / หย่า / แยก

9. ระยะเวลาการเป็นโรค

หมายถึง จำนวนปีโดยประมาณตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคนี้ในไตจนถึงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้และถ้าระยะเวลาเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี แบ่งออกเป็นดังนี้

9.1 1 - 3 ปี

9.2 4 - 6 ปี

9.3 7 - 9 ปี

9.4 มากกว่า 9 ปี

10. ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไต

หมายถึง ความสามารถในการจดจำเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันการเกิดนิ้วในไตของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต สามารถวัดได้โดยแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็นดังนี้

10.1 ความรู้ระดับดี

10.2 ความรู้ระดับปานกลาง

10.3 ความรู้ระดับควรปรับปรุง

11. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้ป่วยโรคนิ้วในไต ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา-มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นดังนี้

11.1 การสนับสนุนทางสังคมมาก

11.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

11.3 การสนับสนุนทางสังคมน้อย

12. คลินิกโรคระบบปัสสาวะ

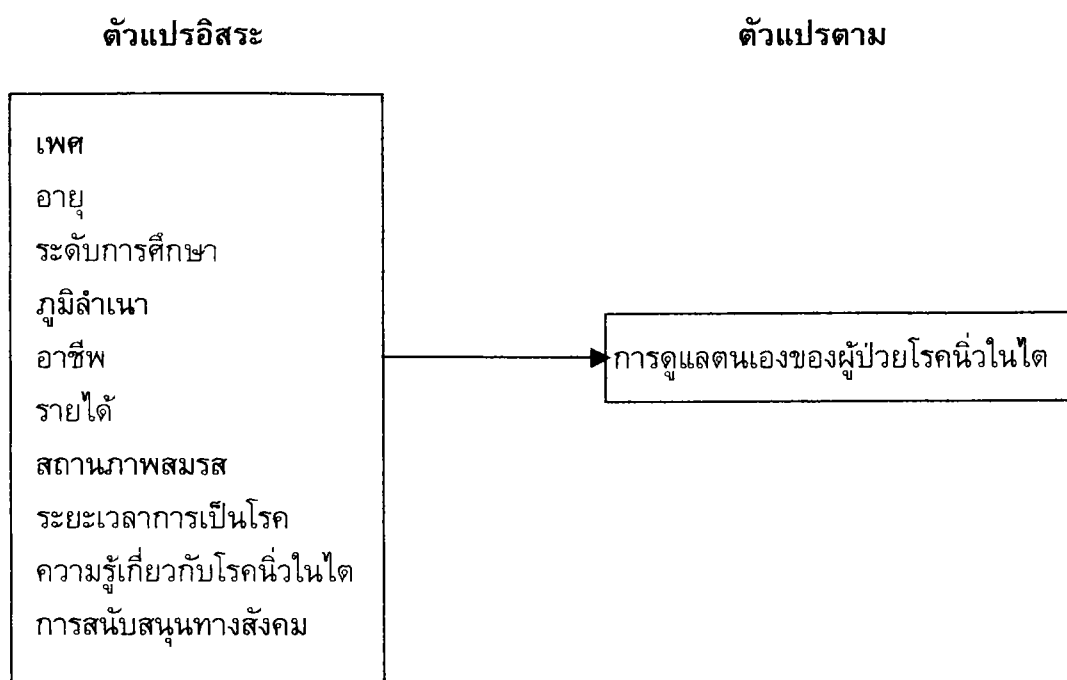
หมายถึง สถานบริการสุขภาพเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายและโรคระบบปัสสาวะ ได้แก่ โรคนิ้วในไต โรคนิ้วในท่อไต โรคนิ้วในกระเพาะปัสสาวะ โรคมะเร็งของระบบปัสสาวะ โรคที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น

13. โรงพยาบาลรามาริบดี

หมายถึง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งอยู่ที่บ้านเลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400 เป็นสถาบันอุดมศึกษาทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข สังกัดอยู่ในมหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวนเตียง 993 เตียง รับรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเฉพาะโรค

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีภูมิสำเนาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามารัตน์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ่วในไต
 - 1.2 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 1.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ่วในไต
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ่วในไต (Renal calculi)

ระบบปัสสาวะประกอบด้วย ไต (Kidney) ท่อไต (Ureter) กระเพาะปัสสาวะ (Urinary bladder) และท่อปัสสาวะ (Urethra) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะโครงสร้างของไต (วรรณช จิตรสุทธิพงษ์. 2538 : 240-243)

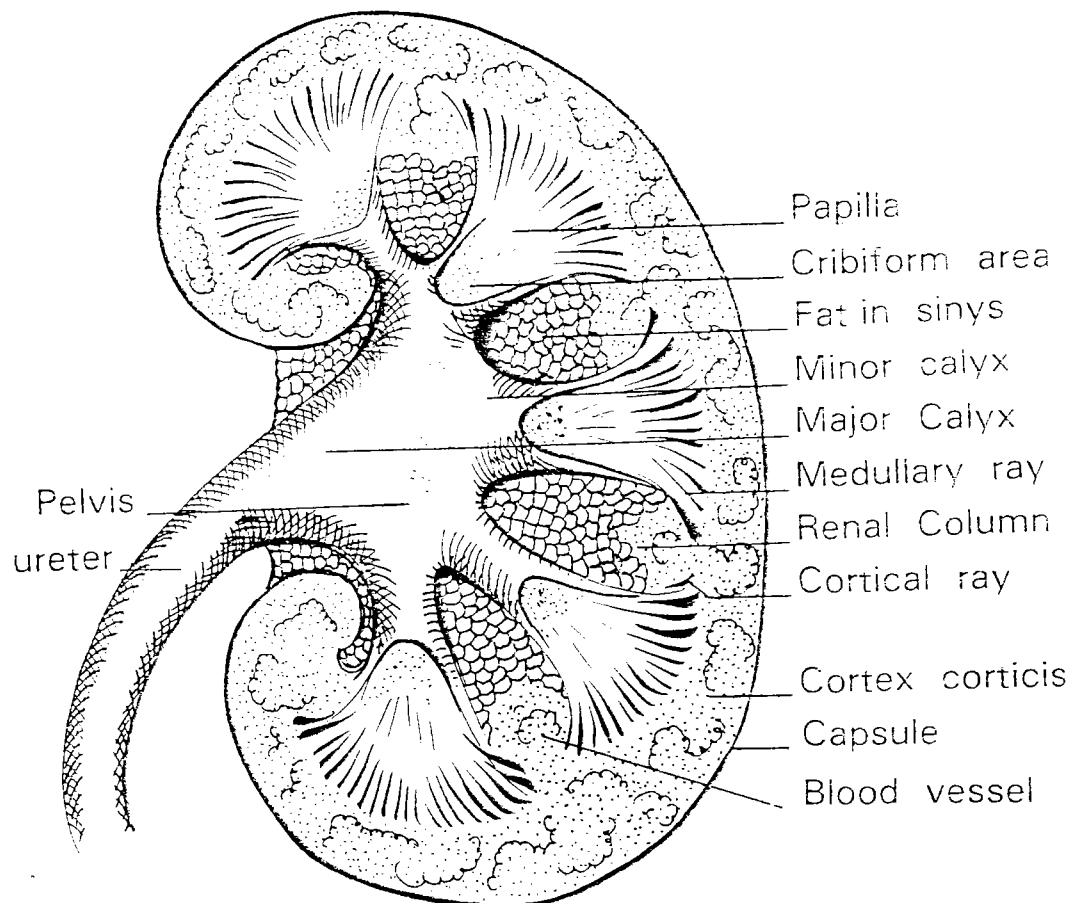
โครงสร้างของไต

ไต เป็นอวัยวะที่เป็นต่อมชนิดหนึ่ง (Compound tubular gland) รูปร่างคล้ายถั่วค้อนข้างแบน มี 2 อัน อยู่นอกเยื่อช่องท้อง (Peritoneal cavity) ไตฝังตัวอยู่ใต้ไขมันราวดระดับกระดูกสันหลังส่วนอก (Thoracic vertebra) ที่ 12 ถึงกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar vertebra) ที่ 3 ไตข้างซ้ายอยู่สูงกว่าข้างขวา ประมาณ 1 เซนติเมตร ขอบด้านในจะเห็นเนื้อไตตรงกลางว่าเป็นแอ่ง เรียกขั้วไต (Hilus) ซึ่งเป็นทางเข้าของหลอดเลือดแดงกับเส้นประสาท และเป็นทางออกของหลอดเลือดดำกับท่อไต ไตถูกหุ้มด้วยก้อนไขมัน (Adipose capsule) ชั้นหนึ่งและหุ้มด้วยเนื้อเยื่อ (Fibrous tissue) อีกชั้นหนึ่งเรียกว่า รีเนลแฟซเซีย (Renal fascia) ประกอบด้วยเส้นใยเยื่อเกี่ยวพันบางๆ ช่วยยึดไตให้อยู่กับที่ โดยเฉลี่ยไตของคนมีน้ำหนักประมาณ 150 กรัม

เนื้อไตแบ่งเป็นสองชั้น ชั้นนอก ลักษณะเป็นสีน้ำตาลแดง เรียกว่า เปลือกไต (Cortex) หนาประมาณ 6 มิลลิเมตร ส่วนนี้ประกอบด้วยหน่วยเล็กที่สุดที่ผลิตปัสสาวะ ไตข้าง

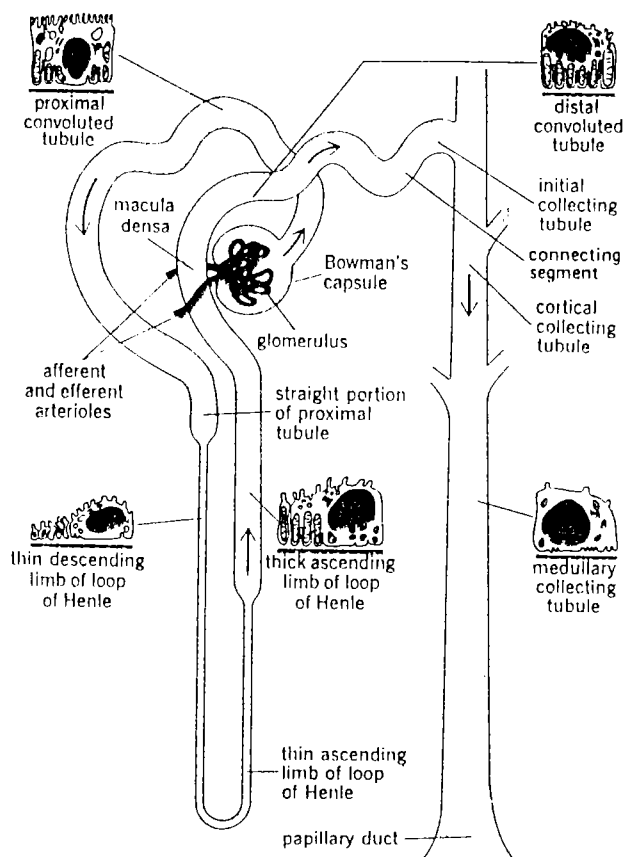
หนึ่งมีหน่วยเล็กๆ แต่ละหน่วยเรียกว่าหน่วยไต (Nephron) ซึ่งประกอบด้วย รินัลคอร์ปัสเคิล (Renal corpuscle) และหลอดไตฝอย (Renal tubules) นอกจากนี้พบเส้นเลือดจำนวนมาก ชั้นในเป็นสีน้ำตาลแก่เรียกว่า แกนใน (Medulla ชั้น medulla) นี้จะเห็นเป็นรูปสามเหลี่ยมเรียงกันประมาณ 7 รูป แต่ละรูปสามเหลี่ยมมีฐานติดกับชั้นเปลือกไตส่วนที่เป็นมุมยอดมนของสามเหลี่ยม เรียกว่า รินัลแปปิลลา (Renal papillae) ซึ่งประกอบด้วยหลอดไตฝอยรวมจำนวนมาก มาเปิดสู่ท่อ ไมเนอร์แคลิก (Minor calyx) แต่ละ Renal papillae มีรูเปิด (10-25 รู) เรียกว่า แปปิลลารี ดักท์ (Papillary ducts) ที่ Medulla มีหลอดไตฝอย Henle's loop และเส้นเลือดฝอยจำนวนมาก จัดตัวตามยาวไปสู่มุมยอดพื้นที่รูปสามเหลี่ยมในส่วนของ Medulla นี้ถ้ามองแบบสามมิติ จะคล้ายลูกข้างหรือปิรามิด จึงเรียกว่า รินัลปิรามิด (Renal pyramid) มีทั้งหมด 10-18 อัน ส่วนของเนื้อไตที่อยู่ระหว่างปิรามิด เรียก รินัลคอลัมน์ (Renal column) และมีส่วนของ renal pyramid ยื่นแทรกเข้าไปในเปลือกไต ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นทางจำนวนมาก เรียกว่า Medullary rays แต่ละเส้นประกอบด้วยหลอดไตฝอย เมื่อใช้กล้องจุลทรรศน์ดูชิ้นเนื้อเยื่อไตจากสไลด์ พบว่าบริเวณเปลือกไตทั้งหมดเต็มไปด้วยกลุ่มเส้นเลือดฝอยเรียกว่า โกลเมอรูลัส (Glomerulus) มีเยื่อบางๆ เป็นถุงหุ้มโกลเมอรูลัสคล้าย แคปซูล ซึ่งทำหน้าที่เป็นเยื่อกรองสารต่างๆ ในเลือดที่ผ่านมาที่โกลเมอรูลัส เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยไต (Nephron)

ถ้าผ่าตัดไตตามยาวผ่านขั้วไต บริเวณขั้วไตจะเห็นเป็นรูปกรวย เรียกว่า กรวยไต (Renal pelvis) ส่วนปลายกรวย คือ ท่อไต (Ureter) ส่วนตัวกรวยไตที่ท่อมาเปิด เรียกว่า เมเจอร์แคลิก (Major calyx) มีข้างละ 2-3 อัน แต่ละอันมีท่อย่อย 2-4 อัน แยกเข้าไปสู่เนื้อไต ท่อย่อยนี้เรียก ไมเนอร์แคลิก (Minor calyx) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (วรรณุช จิตรสุทธิพงษ์. 2538 : 240)



ภาพประกอบ 2 โครงสร้างภายในของไตเมื่อผ่าไตตามความยาว

หน่วยไต (Nephron) หมายถึง หน่วยทำงานเล็กที่สุดของไต มีจำนวนเท่ากับ
 โกลเมอรูลัส หน่วยไตประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (วรรณช
 ฉัตรสุทธิพงษ์. 2538 : 241)



ภาพประกอบ 3 แสดงถึงส่วนประกอบของหน่วยไต

ส่วนประกอบของหน่วยไต

1. **Renal corpuscle** เป็นส่วนต้นของหน่วยไตเพิ่มเป็นกระเปาะพองออก ประกอบด้วย

1.1 แคปซูลของ Bowman (Bowman's capsule) มีลักษณะเป็นถุงหุ้มรอบ

โกลเมอรูลัส ส่วนนี้เป็นส่วนต้นของหลอดไตฝอย (Renal tubules)

1.2 โกลเมอรูลัส (Glomerulus) เป็นกลุ่มของเส้นเลือดฝอย (Capillaries) ที่มา

รวมกันเป็นกลุ่ม ทำหน้าที่กรองพลาสมาให้เข้ามาในหลอดไตฝอย (Renal tubules)

2. หลอดไตฝอย (Renal tubules) ประกอบด้วย

2.1 หลอดไตฝอยส่วนต้นมีลักษณะโค้งงอ เรียกว่า Proximal convoluted tubule

2.2 หลอดไตฝอยส่วนต้นมีลักษณะตรงเรียกว่า Straight portion of proximal

tubule

2.3 หลอดไตฝอยที่มีลักษณะรูปตัวยู (U-shape หรือ Loop of Henle) ประกอบด้วยท่อตัวยูขาลง (Descending limb) ท่อตัวยูขาขึ้น (Ascending limb) ลักษณะมองดูคล้ายกับหนังสือ มีความสำคัญในการทำให้ปัสสาวะมีออสโมลาริตีมากกว่าพลาสมา

2.4 หลอดไตฝอยส่วนปลาย (Distal tubule)

2.5 หลอดไตฝอยรวม (Collecting tubule) ส่วนสุดท้ายของหน่วยไต หลอดไตฝอยรวมสามารถดูดกลับสารได้หลายชนิด เช่น โซเดียม โปแตสเซียม คลอไรด์ ยูเรียและอื่นๆ รวมทั้งน้ำเพื่อช่วยร่างกายควบคุมปริมาณของเหลว นอกจากนี้ยังสามารถหลั่งสารช่วยรักษาความสมดุลของกรดและด่างของร่างกาย จะเห็นได้ว่าขณะที่ร่างกายพร่องโซเดียมหรือมีโปแตสเซียมมากเกินไป หลอดไตฝอยรวมจะดูดโซเดียมกลับและหลั่งโปแตสเซียมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เก็บรวบรวมปัสสาวะจากหลอดไตฝอยส่วนปลายของหลายหน่วยไต แล้วส่งต่อไปยังกรวยไต เพื่อขับออกไปทางท่อไต (Ureter)

หน้าที่ของไต (Kidney function)

ไตมีหน้าที่สำคัญในการรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย (Body fluid) ทั้งปริมาณและส่วนประกอบให้มีค่าค่อนข้างคงที่ เหมาะสมกับการทำงานของเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกาย ไตทำหน้าที่สำคัญนี้ โดยการควบคุมให้มีความสมดุลระหว่างการได้รับสารและน้ำ (ทั้งจากภายนอกและการสร้างขึ้นภายในร่างกาย) กับการขับทิ้งของสารต่างๆ เหล่านี้ออกจากร่างกาย นอกจากนี้ไตยังมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างฮอร์โมนหลายชนิด หน้าที่การทำงานของไตสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (วรรณุช จิตรสุนทรพงษ์. 2538 : 240)

1. ขับถ่ายของเสียและสารที่มีประโยชน์ แต่มีมากเกินไปหลังจากร่างกายได้เมตาบอลิซึมสารบางอย่างแล้ว ของเสียที่มีอยู่ในเลือด เช่น ยูเรีย กรดยูริก ครีเอตินิน เป็นต้น จะถูกขับทิ้งทางไต กลูโคส กรดอะมิโน และอิออนต่างๆ ที่มีมากเกินไปจะถูกขับทิ้งด้วย
2. ควบคุมความเข้มข้นและปริมาณเลือด คือ ไตจะปรับสภาพสมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เพื่อให้ความเข้มข้นและปริมาณของเลือดคงที่
3. ควบคุมความเป็นกรด-ด่างของเลือด ถ้าเลือดอยู่ในภาวะกรดมาก ไตจะขับไฮโดรเจนอออน (H^+) ออกไปกับปัสสาวะ และถ้าอยู่ในภาวะด่างเนื้อไตจะผลิตแอมโมเนียขับออกจากเซลล์บุผิวหลอดไตฝอย (Renal tubules)

4. สร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ ได้แก่

4.1 อิริโทรพอยิติน (Erythropoietin) เป็นกลัยโคโปรตีน ทำหน้าที่กระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้น

4.2 ทำหน้าที่เปลี่ยนวิตามินดี จากรูปที่ออกฤทธิ์ไม่ได้ ให้ไปอยู่ในรูปที่ออกฤทธิ์ได้ วิตามินดีมีผลกระตุ้นการดูดซึมของแคลเซียม และฟอสเฟตในลำไส้

4.3 เรนิน (Renin) มีหน้าที่ควบคุมการสร้างแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) หรือฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก เป็นสารที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต และสมดุลของเกลือโซเดียมในร่างกาย

4.4 พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และไคมีน (Kimin) ซึ่งมีผลต่อการขยายหลอดเลือดในไต

4.5 ไตสามารถสร้างน้ำตาล จากกรดอะมิโน เช่น อลามิน (Alamine) และกลูตาเมต (Glutamate) ได้ในสภาวะที่อดอาหาร

กระบวนการทำงานของไตในการทำให้เกิดน้ำปัสสาวะ

ไตทำหน้าที่ผลิตน้ำปัสสาวะโดยอาศัยกระบวนการทำงานของหน่วยไต 3 กระบวนการคือ (วรณัฐ ฉัตรสุทธิพงษ์. 2538 : 258)

1. กระบวนการกรองของโกลเมอรูลา (Glomerular filtration) ในการสร้างน้ำปัสสาวะนั้น หน่วยไต (Nephron) ทำหน้าที่กรองและสร้างน้ำปัสสาวะ เมื่อเลือดส่วนหนึ่งถูกแยกออกจากกระแสโลหิตที่โกลเมอรูลัส เลือดที่จะซึมผ่านเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างชั้นของโบร์แมนแคปซูล เลือดจะเปลี่ยนสภาพเป็นสารเหลวใสประกอบด้วยสารที่ไม่สะท้อนแสงธรรมชาติ (Crystalloid) ต่างๆ และน้ำเหมือนในพลาสมา สารเหลวนี้เรียกว่า Capsular urine สารที่ไม่สะท้อน (Crystalloid) ได้แก่ สารมีประจุต่างๆ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม คลอไรด์และสารที่มีโมเลกุลเล็กๆ ได้แก่ กลูโคส ยูเรีย และกรดอะมิโน เป็นต้น ส่วนสารมีโมเลกุลใหญ่พอที่จะสะท้อนแสงธรรมชาติได้เรียกว่า คอลลอยด์ (Colloid) ได้แก่ พวกรีดติน ซึ่งไม่สามารถผ่านออกมาทางผนังของหลอดเลือดฝอยของโกลเมอรูลัส จึงยังคงอยู่ในหลอดเลือดฝอยต่อจากนั้น สารเหลวก็จะไหลผ่านไปยังหลอดเลือดฝอยส่วนต่างๆ ขณะที่ผ่านไปหลอดเลือดฝอย สารเหลวที่ถูกกรองมาจากโกลเมอรูลัส จะถูกทำให้องค์ประกอบเปลี่ยนแปลงไปโดยกระบวนการอีก 2 อย่างคือ การดูดกลับและการขับออกของสารบางอย่างโดยหลอดเลือดฝอย (Renal tubules)

2. กระบวนการหลังสาร (Tubular secretion) คือการขับถ่ายสารจากรอบท่อเส้นเลือดฝอย (Peritubular capillaries) เข้าไปยังหลอดเลือดฝอย (Renal tubules) กระบวนการนี้เป็นการเลือกไม่ใช่สารทุกตัวในเลือดจะถูกขับออกมาในหลอดเลือดฝอยหมด จะมีบางตัวเท่านั้น เช่น P-aminoheppuric acid และไฮโดรเจนไอออน (H^+) เป็นต้น

3. กระบวนการดูดกลับสารและน้ำ (Tubular reabsorption) คือสารบางตัวที่เป็นประโยชน์ จะถูกดูดกลับจากหลอดเลือดฝอยกลับเข้าสู่เส้นเลือด เช่น กลูโคส และโซเดียม เป็นต้น ฉะนั้นในร่างกายคน วันหนึ่งพลาสมาจะถูกกรองที่โกลเมอรูลัสประมาณ 180 ลิตรต่อวัน แต่ปัสสาวะที่ถูกขับออกมาปกติเพียง 1.5-2 ลิตรต่อวัน พบว่าประมาณร้อยละ 99 ของน้ำและสารที่กรองผ่านออกมาถูกดูดกลับเข้าไปในระบบไหลเวียนใหม่

ความหมายของโรคนิ่วในไต

นิ่ว (Calculi หรือ Stone) หมายถึง ก้อนเคมีหรือสารเคมีอื่นที่เกิดขึ้นเป็นก้อนแข็งในไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ถุงน้ำดี หรือท่อของต่อมบางชนิดในร่างกาย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2525 : 444) ฉะนั้นจะเห็นได้ว่านิ่วเกิดจากผลึกในปัสสาวะรวมตัวเป็นก้อนขนาดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดอาการหรือโรคนิ่วในไต โรคนิ่วในไตจึงเป็นโรคของไตชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง เกิดจากการที่มีก้อนนิ่วอยู่ในไตมีสาเหตุมาจากความผิดปกติในร่างกายที่ผลิตสารละลายในปัสสาวะที่มีระดับสูงหรือต่ำเกินไป (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 16)

อุบัติการณ์

โรคนิ่วในไตพบในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก โดยไม่จำกัดเพศและฐานะทางเศรษฐกิจ พบในชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 2:1 อายุที่พบมากที่สุดคือ 30-60 ปี (วันชัย นัยรักษ์เสรี. 2540 : 22(3) : 57)

ระบาดวิทยา

ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (2537 : 288-290) ได้อธิบายถึงปัจจัยการเกิดนิ่วในไต แบ่งออกเป็น

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ในทวีปยุโรปก่อนการปฏิวัติอุตสาหกรรม พบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Bladder calculi) มากกว่านิ่วในไต (Renal calculi) ปัจจุบันไม่พบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แต่พบนิ่วในไตสูงในทวีปเอเชีย
2. ปัจจัยด้านน้ำดื่ม น้ำดื่มเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดนิ่วในไต ถ้าดื่มน้ำน้อย ปัสสาวะเข้มข้นและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคนิ่วในไต ในคนซึ่งเป็นโรคนิ่วในไต เมื่อตรวจปัสสาวะในช่วงหนึ่งช่วงใด ปัสสาวะจะเข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนิ่วในไต จากการศึกษาผู้ป่วยที่เกิดโรคนิ่วในไต ผลการศึกษาพบว่าปัสสาวะเข้มข้นและเป็นผู้ป่วยที่ดื่มน้ำน้อย (วิศิษฐ์ สิงปรีชา. 2528: 43) ดังนั้นจึงควรดื่มน้ำประมาณวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร และจัดให้ช่วงเวลาสม่ำเสมอ เพื่อให้ปัสสาวะเจือจาง (ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. 2537: 288-290)
3. ปัจจัยด้านโภชนาการ เชื่อว่าการเกิดนิ่วในไตเกี่ยวกับนิสัยบริโภคอาหาร ประเทศที่พัฒนาจะรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไขมันมาก อาหารคาร์โบไฮเดรตน้อย แต่ประเทศด้อยพัฒนา รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมาก และรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์น้อย จึงตั้งสมมติฐานว่า การเกิดนิ่วในไตมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะอาหารจำพวกโปรตีน สัดส่วนของการรับประทานอาหารโปรตีนกับคาร์โบไฮเดรต เป็นที่ยอมรับว่าเป็นสาเหตุของนิ่วในไต แต่ไม่สามารถอธิบายได้ว่า ทำไมในทวีปยุโรป และประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา อเมริกาเหนือ ยังพบเป็นนิ่วในไตชนิดนิ่วออกซาเลต สิ่งที่น่าสนใจคือ

น้ำตาลที่แปรรูปและเส้นใยอาหาร การบริโภคน้ำตาลในรูปน้ำเชื่อม ซึ่งอยู่ในอาหารหลายชนิด เช่น ผลไม้กระป๋อง น้ำอัดลม ไอศกรีม แต่บริโภคเส้นใยอาหารน้อยลง ทำให้การดูดซึมของน้ำตาลดีมาก อาจส่งผลให้การดูดซึมแคลเซียมดีขึ้นด้วย มีผลทำให้ปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) ปัจจัยเหล่านี้เมื่อรวมกันแล้วก็จะส่งเสริมทำให้เกิดนิ่วในไต แต่อาจไม่มีปัจจัยใดสำคัญที่ทำให้เกิดนิ่วในไตโดยตรง แต่การเกิดนิ่วในไตอาจจะเกิดร่วมกับความผิดปกติเฉพาะส่วนบุคคล นอกจากนั้นพวกซ็อกโกแลต ลูกอม ชา กาแฟ โกโก้ เมื่อรับประทานจะทำให้มีออกซาเลตในปัสสาวะสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดนิ่วในไตได้เช่นกัน

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ฐานะทางเศรษฐกิจเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ โดยฐานะทางสังคมที่สูงจะรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้มีสารประกอบพวกพิวรีน (Purine substance) ในเลือดสูงและมีการขับกรดยูริกทางปัสสาวะสูง มีผลทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) เนื่องจากมีการสลับกับการดูดซึมกลับของแคลเซียมที่หลอดไตฝอยส่วนปลาย (Distal tubule) แต่ในความเป็นจริง จำนวนแคลเซียมที่ออกมาในปัสสาวะจะไม่สูงมาก เนื่องจากโปรตีนไปเพิ่มฟอสเฟต ซึ่งเป็นตัวห้าม (Inhibitor) ของการเกิดนิ่วในไต ฟอสเฟตทำให้แคลเซียมในปัสสาวะน้อยลง โดยที่ภาวะฟอสเฟตสูง ไปเพิ่มฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone) ทำให้มีการดูดซึมแคลเซียมกลับบริเวณหลอดไตฝอยส่วนปลาย (Distal tubule) เพิ่มขึ้น ทำให้แคลเซียมในปัสสาวะน้อยลง และฟอสเฟตที่เพิ่มขึ้น ทำให้ออกซาเลตในปัสสาวะน้อยลงด้วย

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีอากาศร้อน มีนิ่วในไตเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ซึ่งไปอยู่ใหม่ ผู้ที่อาศัยอยู่ทางประเทศตะวันตกย้ายไปประเทศเขตร้อนเกิดนิ่วได้ง่าย เนื่องจากเมื่อร่างกายสัมผัสกับความร้อน จะเสียน้ำและเพิ่มการดูดซึมแคลเซียมกลับในหลอดไตฝอยมากขึ้น ซึ่งโรเบิร์ตสัน (วิศิษฐ์ ลิตปรีชา. 2528 : 42-43 ; อ้างอิงจาก Robertson.

Urolithiasis : Epidemiology and Pathogenesis in Tropical Urology and Renal Disease.

1984 : p.143) ได้อธิบายว่า ในฤดูร้อนการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากกว่าในฤดูอื่นๆ ฉะนั้นสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาวมีผลโดยตรงต่อการเกิดนิ่วในไต และการเสียน้ำจากร่างกายหรืออากาศร้อน ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณน้อยและเข้มข้น เกิดนิ่วในไตได้ง่าย นอกจากนั้นมีการสังเกตในผู้ที่อยู่แถบร้อนหรือผู้ที่อยู่ในแถบหนาวเทียบกันระหว่างฤดูที่มีแดดกับฤดูที่ไม่มีแดด พบว่าปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะต่างกัน ซึ่งอธิบายว่ามีการดูดซึมของแคลเซียมเพิ่มขึ้นในฤดูร้อนโดยอิทธิพลของวิตามินดี ซึ่งเป็นผลของรังสีอัลตราไวโอเล็ต เชื่อว่าเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดนิ่วในไต (ทวี ศิริวงศ์. 2528 : 16-25)

6. ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น

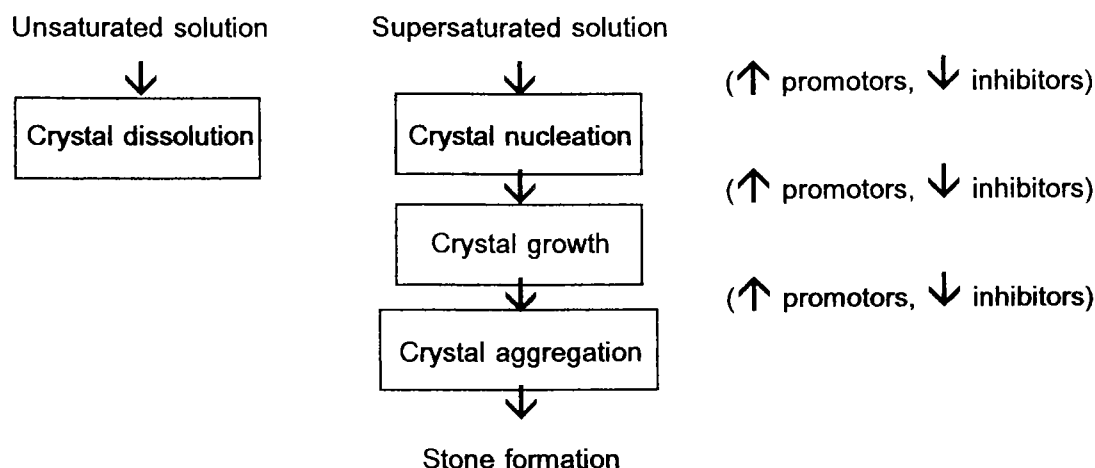
6.1 อายุและเพศ อายุที่พบนิ่วในไตมากช่วงอายุ 30-50 ปี พบในชายมากกว่าหญิง สัดส่วนชาย : หญิง เท่ากับ 2.6 : 1 (สุมะธ มั่นทรงธรรม. 2541 : 53)

6.2 พันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติทางเคมีชีวของร่างกาย เช่น ความผิดปกติแฝงในครอบครัว ทำให้เกิดนิ้วในได้

6.3 อาชีพ พบว่าอาชีพที่มีการออกกำลังกายน้อย มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดนิ้วในไตมากกว่าอาชีพที่ต้องใช้แรงมากๆ มีรายงานศึกษาพบว่า อาชีพแพทย์มีโอกาสเกิดนิ้วในไตสูงกว่ากรรมกร ชาวไร่ ชาวนา (ทวี ศิริวงศ์. 2528 : 16-25) ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีอัตราการเกิดนิ้วในไตน้อย อธิบายว่าการออกกำลังกายจะทำให้ผลึกไม่ไปติดอยู่ในไต และหลุดออกมาได้โดยง่าย หรือผู้ที่ทำงานในโรงอาหารหรือโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องสัมผัสกับความร้อน ซึ่งต้องเสียเหงื่อมาก จะมีอุบัติการณ์ของนิ้วในไตสูงกว่าปกติ

การเกิดผลึกและนิ้วในไต

การเกิดนิ้ว คือ การตกผลึก (Nucleation) และเจริญเติบโตเป็นก้อนขนาดใหญ่ (Crystal growth) โดยทั่วไปปัสสาวะของมนุษย์ เป็นสารละลายเชิงซ้อน ประกอบด้วยสาร (Solute) ต่างๆ มากมาย ละลายอยู่มากบ้างน้อยบ้างขึ้นกับว่าไตขับออกมาในปริมาณเท่าใด สารต่างๆ ในกลุ่มเกลือแร่ที่ละลายในปัสสาวะจะอยู่ในรูปประจุ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต ออกซาเลต แอมโมเนีย เป็นต้น ประจุเหล่านี้อยู่ในภาวะที่เรียกว่าสารละลายภาวะอิ่มตัวยิ่งยวด (Supersaturation) และประจุเหล่านี้จะจับตัวกันและพัฒนาจนเป็นผลึก เช่น ผลึกแคลเซียมออกซาเลต แคลเซียมฟอสเฟต เป็นต้น ซึ่งในขั้นตอนนี้เรียกว่า ผลึกคริสตัล (Crystal nucleation) กรณีที่ผลึกเกิดจากสารประกอบเดียว เรียกว่า การเกิดผลึกสารประกอบเดียว (Homogenous nucleation) ซึ่งสารละลายต้องมีความอิ่มตัวยิ่งยวดสูงกว่าผลึกที่เกิดจากสารประกอบมากกว่า 1 ชนิด (Heterogenous nucleation) เมื่อผลึกที่เกิดขึ้นอยู่ในภาวะอิ่มตัวยิ่งยวดตลอดพร้อมกับที่มีตัวห้าม (Inhibitor) ลดลงและหรือมีตัวเสริม (Promotor) ในปริมาณมากขึ้น ผลึกดังกล่าวก็จะขยายตัวโตขึ้น โดยจะมีสารเข้ามาพอกที่ผิวหน้าของผลึก ขั้นตอนนี้เรียกว่า Crystal growth และเมื่อผลึกมีขนาดใหญ่ขึ้น และเข้ามาอยู่ใกล้กันมาก เพราะมีจำนวนมากขึ้นจะเกิดแรงฟิสิกส์เชื่อมต่อผลึกเหล่านี้เข้าด้วยกันเป็นกลุ่ม เรียกขั้นตอนนี้ว่า Crystal aggregation ต่อมากลุ่มผลึกจะรวมตัวกันกลายเป็นก้อนนิ้ว ซึ่งในระยะแรกก้อนนิ้วจะมีขนาดเล็ก ต่อมาจะค่อยใหญ่ขึ้นเป็นลำดับในขณะที่สภาวะต่างๆ ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามถ้าสภาวะต่างๆ เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว เช่น ปัสสาวะในตอนเช้าจะมีความเข้มข้นสูงสุด จะมีผลึกต่างๆ มากมาย แต่ในสภาวะที่ปัสสาวะเจือจาง ปัสสาวะจะลดความอิ่มตัวยิ่งยวดกลายเป็นสารละลายไม่อิ่มตัว (Unsaturate solution) ผลึกที่เกิดขึ้นจะไม่พัฒนาตัวเองเป็นก้อนนิ้ว เรียกขั้นตอนนี้ว่า Crystal dissolution แต่จะละลายกลับเป็นประจุหรือถูกขับถ่ายออกจากร่างกายไป ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 135)



ภาพประกอบ 4 แสดงขั้นตอนการเกิดนิ่ว

ตัวห้าม (Inhibitors) และตัวเสริม (Promoters)

ทวี ศิริวงศ์ (2537 : 136-138) กล่าวว่า ปัจจุบัน การศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค นิ่วในไตมุ่งไปที่ตัวห้ามและตัวเสริม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปประยุกต์เพื่อการป้องกันการ เกิดนิ่วในไต และถ้าเป็นไปได้คือการหาวิธีให้นิ่วละลายโดยไม่ต้องผ่าตัด ตัวห้ามคือสารที่คอยสกัด กันขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการเกิดผลึกและนิ่ว ในขณะที่ตัวเสริม คือสารที่ส่งเสริมให้เกิด ผลึกและนิ่ว ได้มีการศึกษาตัวห้ามและตัวเสริมมากมาย โดยพบว่าที่อยู่ในปัสสาวะจำนวนมาก สามารถออกฤทธิ์ในการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดนิ่ว แต่มีเพียงไม่กี่ชนิดที่มีการศึกษากันอย่าง ละเอียดและหรือมีการประยุกต์มาใช้ในทางคลินิก ซึ่งได้แก่สารที่ปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 แสดงตัวห้าม และตัวเสริมในการเกิดผลึกในปัสสาวะ

ชนิด	ประจุ / สารโมเลกุลเล็ก	สารโมเลกุลใหญ่
ตัวห้าม	Citrate	Nephrocalcin
	Magnesium	Non-polymerized THP
	Pyrophosphate	Glycosaminoglycans
ตัวเสริม	Uric acid	Polymerized THP

ที่มา : ทวี ศิริวงศ์. (2537). โรคนิ่วในไต โรคไตคลินิก เล่ม 2. หน้า 164.

ตัวห้ามที่สำคัญในการป้องกันการเกิดนิ่ว มีดังนี้ (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 134-164)

1. **ซิเตรต (Citrate)** เป็นวงจรสำคัญของการสร้างพลังงานของร่างกาย ซิเตรตได้จากอาหารในปริมาณน้อย และมีการขับออกทางปัสสาวะในปริมาณน้อยเช่นกัน สภาวะที่มีผลต่อการสันดาปของซิเตรตคือ ภาวะเลือดเป็นกรดด้วย ซึ่งทำให้ ซิเตรตถูกสันดาปมากขึ้นและถูกดูดซึมกลับจากหลอดไตฝอย (Renal tubule) เพิ่มขึ้นด้วย

ซิเตรตทำหน้าที่เป็นตัวห้าม โดยชะลอการตกผลึกของเกลือแคลเซียมโดยวิธีหลักๆ 2 วิธีได้แก่ ซิเตรต จับตัวกับประจุแคลเซียมเป็นสารละลายซับซ้อน (Soluble complex) ทำให้ลดประจุอิสระของแคลเซียมในปัสสาวะ และซิเตรตยังออกฤทธิ์สกัดกั้นโดยตรงต่อการตกผลึกของทั้งแคลเซียมออกซาลेटและแคลเซียมฟอสเฟต ดังนั้นจะพบว่าซิเตรตเป็นตัวห้ามที่ออกฤทธิ์ได้กว้างเพราะมีผลต่อนิวแคลเซียมซึ่งเป็นนิวชนิดที่พบมากกว่าร้อยละ 80 ของนิวทั้งหมด

2. **แมกนีเซียม (Magnesium ย่อ Mg)** มีกลไกป้องกันการเกิดนิว โดยการรวมตัวกับออกซาลेटในปัสสาวะ ทำให้ลดภาวะอิ่มตัวของแคลเซียมออกซาลेट ดังนั้น Mg จึงมีบทบาทในการป้องกันนิวดังกล่าวได้ โดยเฉพาะนิวที่เกิดจากระดับออกซาลेटในปัสสาวะสูง (Hyperoxaluria) อย่างไรก็ดี Magnesium oxide : MgO ที่มีผู้ใช้รักษา ปรากฏว่ามีผลเพิ่ม Mg ในปัสสาวะไม่มากนักเนื่องจาก MgO ถูกดูดซึมในทางเดินอาหารได้จำกัด ปัจจุบันจึงใช้แมกนีเซียมซิเตรตแทน ซึ่งถูกดูดซึมได้ดีกว่าและทำให้ระดับของ Mg และซิเตรตในปัสสาวะสูง

3. **ไพโรฟอสเฟต (Pyrophosphate)** เป็นสารโมเลกุลเล็กที่เป็นตัวห้ามการเกิดผลึกของแคลเซียมออกซาลेट ออกฤทธิ์ได้น้อยเนื่องจากมีปริมาณน้อยในปัสสาวะปกติ แต่จะออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นเมื่อปริมาณมากขึ้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการให้รับประทานยาบางชนิด

4. **เนปโฟแคลซิน (Nephrocalcin ย่อ NC)** เป็นกรดไกลโคโปรตีน (Acidic glycoprotein) ที่มีขนาดโมเลกุล 16,000 ดาลตันสร้างที่หลอดไตฝอยส่วนต้น (Proximal renal tubule) NC จะจับกับผิวของผลึกและป้องกันการขยายตัวของผลึก NC ออกฤทธิ์สกัดกั้นการรวมกลุ่มของผลึกได้แรงกว่าการป้องกันผลึกโตขึ้น อนึ่ง พบว่า NC จากปัสสาวะผู้ป่วยโรคนี้ในไตออกฤทธิ์ได้น้อยกว่า NC จากคนปกติในปริมาณที่เท่ากัน

5. **ไกลโคซามิโนไกลแคน (Glycosaminoglycans ย่อ GAG)** เป็นสารโมเลกุลใหญ่มีประจุลบ ปัจจุบันพบมี 8 ชนิด โดยมีน้ำหนักโมเลกุลตั้งแต่ 2,000-3,000,000 ดาลตัน ในผู้ใหญ่ GAG จะถูกสันดาปวันละ 250 มิลลิกรัม แต่จะมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ถูกขับออกทางปัสสาวะโดยการกรองออกเท่านั้น กลไกการป้องกันการตกผลึกก็ทำโดยการเคลือบบนพื้นผิวของผลึกในผู้ป่วยที่ขาดโปรตีน จะมีปริมาณ GAG ในปัสสาวะน้อย แต่จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้โปรตีนเสริม

ตัวเสริมสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดนิว ได้แก่ กรดยูริก (Uric acid)

กรดยูริก เป็นสารตัวเดียวที่มีบทบาทอย่างชัดเจนในการส่งเสริมการตกผลึก สารนี้เป็นตัวเสริมที่สำคัญต่อการเกิดนิวแคลเซียมออกซาลेट โดยพบว่าภาวะมีกรดยูริกในปัสสาวะสูง

(Hyperuricosuria) สามารถกระตุ้นให้เกิดการตกผลึกแคลเซียมออกซาเลตได้ง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะอิมมัตวมากนัก โดยทำให้เกิดผลึกด้วยวิธีการตกผลึกของสารประกอบมากกว่า 1 ชนิด (Heterogeneous nucleation) หลักฐานที่สำคัญคือ พบว่านิ่วแคลเซียมออกซาเลตจำนวนหนึ่งมีการดยูริก ดังนั้นปัจจุบันจึงถือว่า กรดยูริกเป็นตัวเสริมสำหรับนิ่วแคลเซียมออกซาเลตและจำเป็นต้องได้รับการรักษา

วิธีการเกิดนิ่วในไต

เมื่อได้มีการศึกษาพบว่าผลึกที่เกิดขึ้น สามารถพัฒนาตัวเองขึ้นเป็นนิ่วได้ในที่สุด แต่ก็ยังมีการโต้แย้งกันถึงวิธีการเกิดนิ่วในไตว่า นิ่วจะเกิดได้อย่างไรในลักษณะที่ปัสสาวะมีการไหลอยู่ตลอดเวลา ปัจจุบันมี 2 ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับวิธีการเกิดนิ่วในไตได้แก่ (ทวี ศิริวงศ์. 2537: 138-139)

1. Free particle theory กล่าวว่าในสภาวะปัสสาวะอิมมัตวที่เหมาะสม ผลึกจะเกิดขึ้นมากและอยู่กันอย่างคับคั่งภายในหลอดไตฝอย (Renal tubule) เมื่อผลึกเริ่มโตและจับกลุ่มกันใหญ่ขึ้นจนติดค้างคาอยู่ในหลอดไตฝอย (Renal tubule) นั้น และต่อมาผลึกค่อยพัฒนาขึ้นมาเป็นนิ่ว

2. Fixed particle theory กล่าวว่า เมื่อผลึกเกิดขึ้น ผลึกบางอันจะมาเกาะติดกับพื้นผิวของเซลล์เยื่อบุภายในหลอดไตฝอย (Renal tubule) โดยอาศัยสารโมเลกุลใหญ่ (Macromolecule) บางชนิดซึ่งทำหน้าที่เหมือนกาว ผลึกที่เกาะติดจะขยายตัวโตขึ้น และพัฒนาเป็นนิ่วในที่สุด

ทฤษฎีทั้งสองยังไม่อาจพิสูจน์ได้ แต่ที่แน่นอนคือ พบหินปูนจับอยู่ใต้เยื่อบุแปปิลลา (Papillae) ในท่อน้ำเหลืองรอบ papillae และในเนื้อไต ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดนิ่วในไตขนาดเล็ก

ชนิดของนิ่วในไต

การแบ่งชนิดของนิ่วว่าเป็นชนิดใดนั้น สามารถแบ่งได้ตามองค์ประกอบของเกลือแร่ที่ประกอบขึ้นเป็นนิ่วเป็นสำคัญ โดยถ้านิ่วก้อนใดมีองค์ประกอบเป็นสารประกอบใดมากกว่าร้อยละ 50 ก็ถือว่าเป็นนิ่วที่ประกอบด้วยสารประกอบนั้นเป็นหลัก เช่น นิ่วแคลเซียมออกซาเลต นิ่วกรดยูริก เป็นต้น แต่ถ้านิ่วเกิดจากสารประกอบหลายชนิด โดยที่ไม่มีสารประกอบใดมากกว่าร้อยละ 50 ก็วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วผสม เช่น นิ่วผสมของแคลเซียมออกซาเลตและแคลเซียมฟอสเฟต เป็นต้น องค์ประกอบของนิ่วที่พบมากที่สุดคือ แคลเซียมออกซาเลต รองลงมาคือ แคลเซียมฟอสเฟตร่วมกับแคลเซียมออกซาเลต สำหรับองค์ประกอบของนิ่วในไตจากประเทศไทยที่เคยรายงานจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบร้อยละ 72 เป็นนิ่วแคลเซียมและในจำนวนนี้ร้อยละ 68 เป็นนิ่วแคลเซียมออกซาเลตและที่เหลือเป็นนิ่วแคลเซียมฟอสเฟต ลักษณะของนิ่วในไตที่มีความสำคัญ แบ่งออกเป็น (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 140-143)

1. นิ่วแคลเซียม (Calcium stone) นิ่วที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบส่วนใหญ่ได้แก่ นิ่วชนิดแคลเซียมออกซาเลต (Calcium oxalate) นิ่วชนิดแคลเซียมฟอสเฟต (Calcium phosphate) ซึ่งมักจะอยู่ปนกัน นิ่วใดๆ ที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบอยู่จะทึบต่อแสงเอกซเรย์ นิ่วแคลเซียมออกซาเลตรูปร่างมักกลมรี ขรุขระเป็นตะปุ่มตะป่ำ สีน้ำตาล แข็งมาก เห็นชัดในภาพเอกซเรย์ ส่วนนิ่วแคลเซียมฟอสเฟตจะมีลักษณะคล้ายกัน เพียงแต่มีขนาดใหญ่กว่า

2. นิ่วติดเชื้อ (Struvite stone หรือ Infectious stone) นิ่วชนิดนี้มักพบร่วมกับมีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่วติดเชื้อ มีองค์ประกอบหลักคือ แมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต (Magnesium ammonium phosphate) และมักมีแคลเซียมคาร์บอเนตปนอยู่ด้วย แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ สามารถผลิตเอนไซม์จากยูเรีย (Urease) ทำให้ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นด่าง มีผลตามมาทำให้แมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟตและแคลเซียมคาร์บอเนตที่ละลายอยู่ตกตะกอนได้ง่าย จุลชีพที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด ได้แก่ โปรทีอัส (*Proteus*) เชื้อตัวอื่นได้แก่ พseudomonas (*Pseudomonas*) เคลปซิลลา (*Klebsiella*) อีโคไล (*Escherichia coli*) สแตฟฟีโลค็อกคัส (*Staphylococcus*) บางสายพันธุ์ และยีสต์ (*Yeast*) นิ่วชนิดนี้มีลักษณะเฉพาะตัว คือมีขนาดใหญ่เต็มกรวยไต มีลักษณะคล้ายเขากวาง โตเร็ว และมีการติดเชื้อร่วมด้วย เป็นนิ่วชนิดที่รักษายากที่สุด เพราะต้องกำจัดนิ่วออกให้หมด มิฉะนั้นนิ่วที่ค้างจะงอกโตขึ้นมาได้ในระยะเวลาอันสั้น นิ่วติดเชื้อสามารถเห็นได้ในภาพเอกซเรย์ มีลักษณะใดก็ได้ แต่ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวคือ มีขนาด ใหญ่เต็มกรวยไต มีกิ่งอย่างน้อย 2 กิ่ง อาจอ่อนนุ่มหรือแข็งก็ได้ ขึ้นกับองค์ประกอบ

3. นิ่วกรดยูริก (Uric acid stone) นิ่วชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 5-10 ของนิ่วทั้งหมด กรดยูริกเป็นผลผลิตขั้นสุดท้ายของพิวรีน (Purine) ที่ผ่านการสันดาปและถูกขับออกมาทางปัสสาวะ ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของโซเดียมยูเรต ซึ่งละลายน้ำได้และส่วนน้อยในรูปของกรดยูริกซึ่งไม่ละลายน้ำ กรดยูริกเป็นกรดอ่อน มีค่าพีคที่ (pK_a) = 5.75 ซึ่งหมายความว่า ถ้าปัสสาวะมีค่าพีเอช (pH) ต่ำกว่าค่าพีคที่ (pK_a) กรดยูริกจะมีสัดส่วนมากขึ้น ทำให้เกิดการตกผลึกได้ง่าย แต่ถ้าปัสสาวะมีค่าพีเอช (pH) สูงกว่าค่าพีคที่ (pK_a) โซเดียมยูเรตจะมีมากขึ้น โอกาสเกิดนิ่วมีน้อยลง ดังนั้นค่าพีเอช (pH) ของปัสสาวะจึงมีความสำคัญในการเกิดนิ่วชนิดนี้มาก นิ่วกรดยูริกที่ไม่มีแคลเซียมเจือปน จะตรวจไม่พบโดยภาพเอกซเรย์ แต่สามารถพบได้โดยวิธีฉีดสารทึบแสงเข้าทางเส้นเลือดดำ (Intravenous urography) หรืออัลตราซาวนด์ (Ultrasonography) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดนิ่วชนิดนี้ได้แก่ ผู้ที่มีกรดยูริกในปัสสาวะสูงกว่าปกติ (มากกว่า 800 มิลลิกรัม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง) มีระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ โรคเกาต์ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำน้อยหรือขาดน้ำ นอกจากนี้การได้รับอาหารโปรตีนมากเกินไปก็เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ลักษณะของก้อนนิ่วชนิดนี้อาจเป็นเม็ดกลมเกลี้ยงหรือเป็นหนามขรุขระก่อนค่อนข้างแข็ง มีสีเหลืองปนน้ำตาล นิ่วมักมีขนาดค่อนข้างเล็ก แข็ง และอาจมีหลายๆ เม็ดก็ได้

4. นีวซีสทิน (Cystin stone) นีวชนิดนี้พบได้น้อยมาก น้ำปัสสาวะที่มีซีสทินจะพบในผู้ที่เป็โรคทางพันธุกรรม

สาเหตุการเกิดนิ่วในไต

ทวี ศิริวงศ์ (2537 : 147-152) ได้แบ่งสาเหตุของการเกิดนิ่วในไตออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่ทราบสาเหตุ คือภาวะที่มีสารก่อนิ่วออกมามากหรือมีภาวะทำให้เกิดนิ่วอย่างชัดเจน ได้แก่

1.1 ภาวะที่เกิดจากต่อมพาราไทรอยด์ หลังฮอร์โมนสูงผิดปกติ (Primary hyperparathyroidism) โดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้มีแคลเซียมในเลือดและในปัสสาวะสูง ตรวจพบมีแคลเซียมในปัสสาวะสูงร่วมกับออกซาเลตในปัสสาวะสูงด้วย

1.2 ภาวะที่ไตขับกรดไม่ได้ (Renal tubular acidosis) ภาวะที่หน่วยไตส่วนปลาย (Distal nephron) ไม่สามารถขับประจุไฮโดรเจนออกจากเซลล์เข้าสู่ปัสสาวะได้ในภาวะที่ร่างกายมีกรดเกิน ภาวะนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบได้ประมาณร้อยละ 1.1-5.0 (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 149) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเกิดนิ่วในภาวะนี้คือ ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นด่าง และมีปริมาณซิเตรตต่ำลงในปัสสาวะร่วมกับมีแนวโน้มการเกิดมีแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) ทำให้นิ่วที่เกิดขึ้นเป็นชนิดแคลเซียมฟอสเฟต

1.3 โรคเก๊าท์ (Gout) หรือโรคปวดข้อชนิดที่ข้อบวม มีก้อนปูดขึ้นมาก็เป็นผลจากการดยूरिकที่เพิ่มมากในเลือด และตะกอนของกรดยूरिकและ/หรือเกลือยูเรตไปตกตะกอนอยู่ในข้อ มักพบข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อศอก ข้อเข่าและข้อเท้า การเกิดนิ่วกรดยूरिकเพราะปริมาณความเข้มข้นของสารตัวนี้มีมากในปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลจากการดยूरिकในเลือดมีมากเกินไป พบในบุคคลที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีการสลายตัวในกรดยूरिकเพิ่มมากขึ้น เป็นโรคเลือดบางชนิด เป็นมะเร็งแล้วให้ยาทำลายมะเร็ง หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะไตวาย ไม่สามารถขับถ่ายกรดยूरिकออกจากปัสสาวะตามปกติได้ ในคนที่สมบูรณ์ การขับถ่ายกรดยूरिकทางปัสสาวะจะมีประมาณ 1 กรัมใน 24 ชั่วโมง

1.4 ภาวะที่มีออกซาเลตสูงในปัสสาวะ (Hyperoxaluria) วินิจฉัยเมื่อตรวจพบปริมาณออกซาเลตในปัสสาวะมากเกินไปกว่า 44 มิลลิกรัมต่อวัน มีสาเหตุจาก

1.4.1 ภาวะที่มีการดูดซึมออกซาเลตมากเกินไปผิดปกติจากทางเดินอาหาร กลไกเกิดเนื่องจากน้ำดีและกรดไขมัน สามารถกระตุ้นลำไส้ใหญ่โดยตรง ให้ดูดซึมออกซาเลตเพิ่มขึ้น และการที่น้ำดีและกรดไขมันหลงเหลือในทางเดินอาหาร ก็จะไปจับตัวกับแคลเซียม และแมกนีเซียม ทำให้ออกซาเลตอยู่เป็นอิสระและถูกดูดซึมได้ง่ายขึ้น

1.4.2 ความผิดปกติของออกซาเลตจากอาหารหลายประเภท เช่น ผักใบสีเขียวจัด หรือวิตามินบางชนิด

2. กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุ ในกลุ่มนี้หาสาเหตุไม่ได้ บอกถึงความผิดปกติหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยยังไม่ทราบต้นเหตุที่ทำให้เกิดนี้ว ได้แก่

2.1 ภาวะที่มีระดับแคลเซียมสูงในปัสสาวะ

2.2 ภาวะที่มีกรดยูริกในปัสสาวะมากกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน

2.2.1 ไม่ทราบกลไกที่ทำให้มีการขับกรดยูริกออกทางปัสสาวะมากผิดปกติ

(Idiopathic hyperuricosuria)

2.2.2 มีการสร้างกรดยูริกในร่างกายมากผิดปกติ และมีการขับออกทางปัสสาวะมาก (Idiopathic hyperuricemia)

2.3 ภาวะที่มีซิเตรตในปัสสาวะต่ำ (Hypocitraturia) พบในภาวะที่ไตขับกรดไม่ได้ (Renal tubular acidosis) อูจจาระร่วงเรื้อรัง ภาวะที่อาจเกิดจากอาหาร ได้แก่ การได้เกลือสูง การได้โปรตีนมากเกินไป มีผลทำให้เกิดภาวะที่มีกรดเกินและลดการขับออกของซิเตรต

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดนี้วในไต

พยาธิสรีรวิทยาของนี้วในไต เป็นผลมาจากองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. 2537 : 209-310)

การอุดตัน เมื่อมีนี้วในไต ไตมีการอุดตันและมีน้ำปัสสาวะขังอยู่ จึงทำให้มีแรงดันที่กรวยไต กล้ามเนื้อภายในกรวยไตมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะบีบตัวแรงขึ้นเพื่อผลักดันน้ำปัสสาวะให้ผ่านมายังท่อไต ถ้าในภาวะที่มีนี้วในไตไม่ได้รับการแก้ไข กล้ามเนื้อไตและกล้ามเนื้อกรวยไตจะบาง โป่งพอง และมีน้ำปัสสาวะขังอยู่ เกิดเป็นกรวยไตบวมน้ำ (Hydropelvis) ต่อมาที่ผนังของแคลิคูลบวมน้ำ (Hydrocalyx) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เนื้อไตและเนื้อกรวยไตถูกเบียดให้บางลง จึงมีเลือดมาเลี้ยงไตน้อย ไตเสียหายที่เกิดภาวะไตวาย (Uremia)

การบาดเจ็บ เมื่อมีนี้วในไตและกรวยไต ก้อนนี้วจะเบียดเนื้อไตและเนื้อกรวยไต ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ไตและกรวยไตจะบวม บางครั้งก้อนนี้วจะครูดกับเส้นเลือดที่มาเลี้ยงไตเป็นแผล ทำให้มีเลือดปนออกมากับน้ำปัสสาวะ (Hematuria) ถ้าก้อนนี้วมีขนาดใหญ่ จะทำให้ไตผิดรูปและเสียหายที่

การติดเชื้อ นี้วจะไปอุดตันทางเดินของน้ำปัสสาวะภายในไตและกรวยไต เนื่องจากนี้วเป็นสิ่งแปลกปลอม ทำให้ร่างกายเคือง บวม มีความต้านทานโรคต่ำ จึงทำให้เชื้อโรคจากกระเพาะปัสสาวะหรือจากกระแสเลือดเข้ามาสู่ไตได้ง่าย อีหนึ่งนี้วแมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต เป็นนี้วที่เกิดร่วมกับการติดเชื้อโปรทีเยส มิราบิลิส (*Proteus mirabilis*) จึงส่งเสริมให้นี้วมีขนาดใหญ่อย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาทำให้เกิดการอุดตันมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้ไตเสียหายที่

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ทวี ศิริวงศ์ (2537 : 137-145) ได้กล่าวถึงอาการและอาการแสดงทางคลินิก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. อาการโดยตรงของการที่มีนิ่วในไต เป็นอาการที่เกิดจากการระคายเคือง เนื่องจากมีก้อนนิ่วเสียดสีในไต บางครั้งมีการอุดตันอย่างเฉียบพลันและมีการกระตุ้นท่อไตให้หดรั้งตัวอย่างรุนแรง เพื่อพยายามขับเอาก้อนนิ่วออกไป อาการนำที่พบบ่อย ได้แก่ ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะปนเลือด ปวดตื้อๆ หรือปวดรุนแรงบริเวณบั้นเอว ถ้ามีการติดเชื้อมักร่วมด้วยจะปวดบริเวณหลัง มีไข้หนาวสั่น อ่อนเพลีย มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยอาจไม่มีอาการใดๆเลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยปัญหาอื่น เช่น เบาหวาน ต้อกระจก มะเร็ง เป็นต้น และตรวจพบโดยบังเอิญว่ามีนิ่วในไต สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วยเช่นนี้ประมาณร้อยละ 14 ภาวะที่มีนิ่วแต่ไม่มีอาการ (Silent stone)

2. อาการโดยอ้อมของการที่มีนิ่วในไตหรืออาจเรียกว่า เป็นผลตามมาของการที่มีนิ่วอุดตันระบบปัสสาวะ ภาวะเหล่านี้อาจเป็นอาการนำของผู้ป่วยที่มีนิ่วในไต แต่ไม่มีอาการหรือพบในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นนิ่วอยู่ก่อนแล้ว อาการที่สำคัญได้แก่

2.1 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดขึ้นได้ ทำให้คลุกคลีอาการของโรคกระเพาะ ลำไส้อักเสบ ลำไส้ติ่งอักเสบ และถุงน้ำดีอักเสบ

2.2 การติดเชื้อ เป็นอาการนำ และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภาวะหนึ่ง กลไกที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายคือการหยุดไหลของปัสสาวะ (Urinary stasis) และภาวะไตทำงานเสื่อมลงจากการที่มีการอุดตัน เนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในไต บ่อยครั้งที่มีการติดเชื้อจนไตเป็นหนอง (Pyonephrosis) ซึ่งจำเป็นต้องผ่าตัดเอาไตข้างนั้นออก

2.3 ไตเสื่อม จนถึงเกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาพบแพทย์เนื่องจากการตรวจพบว่ามีภาวะไตเสื่อมหรือมีอาการไตวาย เมื่อทำการสืบสวนโรคพบว่า มีกรวยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic pyelonephritis) และยังมีนิ่วค้างคาในไต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นนิ่วในไตทั้งสองข้าง โดยอาจตรวจไม่พบนิ่ว เนื่องจากเลื่อนหลุดไปแล้ว ส่วนการอักเสบยังคงดำเนินต่อไปเนื่องจากการที่มีรอยโรคในไต บางรายให้ประวัติชัดเจนถึงอาการที่มีนิ่วในไตแต่ไม่มาพบแพทย์เนื่องจากมีความอดทนสูงจนเคยชินกับอาการ หรืออาการหายไปเอง และมีการกิจที่ต้องทำ ไม่อาจปลีกตัวมาพบแพทย์ได้

การตรวจวินิจฉัย (ไพฑูรย์ กชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. 2537 : 302-313)

1. การวินิจฉัยทั่วไป ชักประวัติช่วงความถี่และลักษณะของความเจ็บปวด
2. การตรวจในห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจน้ำปัสสาวะ มักพบเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว ผลึกและแบคทีเรีย

2.2 การตรวจเลือด ถ้าไตสองข้างเสียหายที่ ของเสียจากการเผาผลาญโปรตีนในรูปของยูเรียไนโตรเจน (Urea nitrogen) และครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดจะขับออกไม่ได้ ผลการตรวจจะได้ค่าที่สูงผิดปกติ ค่าปกติ Blood urea nitrogen (BUN) เท่ากับ 10-20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ครีเอตินิน (Creatinine) เท่ากับ 0.7-1.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ อาจพบแคลเซียม ฟอสเฟต และกรดยูริกมีค่าสูงกว่าปกติในเลือดด้วย

3. การตรวจทางรังสี เป็นการตรวจอย่างง่ายโดยการตรวจทางรังสีของไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ ถ้านิ่วขนาดเล็กจะมองไม่เห็นต้องมีขนาดใหญ่ สำหรับนิ่วกรดยูริกเป็นนิ่วไม่ทึบแสง

4. การฉีดสารทึบรังสีเข้าไปทางเส้นเลือดดำ (Intravenous pyelography ย่อ IVP) ใช้การตรวจหานิ่วที่ไม่ทึบแสง หรือบ่งชี้ตำแหน่งที่ชัดเจนของนิ่วในไต และบอกหน้าที่ของไต

5. การตรวจทางรังสีด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการตรวจที่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย นิ่วที่ตรวจพบต้องมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตร และมีความหนาพอสมควร

6. การตรวจโดยใส่สารทึบรังสีเข้าไปในไต (Retrograde pyelography) ใช้ในรายที่ผู้ป่วยทำ IVP ไม่ได้ผล และต้องการหาตำแหน่งที่มีการอุดตัน

การรักษา

การรักษานิ่วในไต มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นโรค ชนิดของนิ่ว ขนาด และอาการแทรกซ้อน หลักการรักษานิ่วในไตแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ไพฑูรย์ กชเสนี, วีระวิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนากิจ. 2537 : 314-323)

1. รักษาประคับประคอง (Conservative treatment) ใช้กับผู้ป่วยต่อไปนี้

1.1 นิ่วในไตมีขนาดเล็กอยู่ในเนื้อไตหรือเยื่อหุ้มโดยไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อยมาก

1.2 นิ่วในไตมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะหลุดได้เอง

1.3 ผู้ป่วยมีภาวะไตวาย ไม่เหมาะที่จะผ่าตัด

2. การผ่าตัด (Surgical treatment) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัด คือ

2.1 นิ่วในไตมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 1 เซนติเมตร

2.2 ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดและปวดบ่อยๆ

2.3 มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

2.4 มีการอุดตันทางเดินปัสสาวะมากขึ้น

3. การสลายนิ่ว (Extracorporeal shock wave lithotripsy หรือเรียกสั้นๆ ว่า ESWL) สำหรับนิ่วที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 เซนติเมตร วิธีการคือ การใช้คลื่นเสียงพลังสูงผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อเข้าไปกระแทกนิ่วโดยตรง ทำให้นิ่วในไตแตกเป็นผงและถูกขับป้อนมาที่ปัสสาวะได้โดยที่ผู้ป่วยไม่มีบาดแผล หลังการสลายนิ่วไม่จำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาล แต่ควรสังเกตสีปัสสาวะที่ถ่ายออกมา มีเลือดปนหรือไม่ มีเม็ดกรวดทรายปนออกมาหรือไม่ ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆ ประมาณวันละ 3 ลิตร หรือ 8-10 แก้วต่อวัน ถ้าปวดบริเวณสีข้าง ควรใช้ความเย็นประคบหรือถ้าไม่ดีขึ้น ควรรับประทานยาแก้ปวด

การป้องกันการเกิดนิ่วในไต

วีระสิงห์ เมืองมัน (2535 : 12-22) ได้กล่าวถึงการป้องกันการเกิดนิ่วในไต ดังนี้

การเอานิ่วออกไม่ใช่การรักษาสาเหตุ หัวใจของการรักษา คือ การป้องกัน ผู้ที่เคยเป็นนิ่วครั้งหนึ่งต้องระวังการเกิดนิ่วครั้งต่อไป เพราะโอกาสเกิดนิ่วซ้ำอีกมีถึงร้อยละ 5-80 ดังนั้นการป้องกันเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการบริโภค ใช้ได้สำหรับผู้ป่วยเป็นนิ่วทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุหรือไม่ทราบสาเหตุ หรือไม่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อหวังผลอย่างเดียวกัน คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อันึ่งการป้องกันนี้ยังใช้ได้ในรายที่ไม่สามารถกำจัดนิ่วในไตหรือยังไม่ประสงค์จะรักษาโดยการผ่าตัด นอกจากนี้ยังประยุกต์ไปใช้ในผู้ที่มีโอกาสเป็นนิ่วในชุมชนที่มีอัตราการเกิดนิ่วในไตสูง

การป้องกันการเกิดนิ่วแคลเซียม

โดยที่นิ่วเกือบทั้งหมดเป็นนิ่วแคลเซียมออกซาเลต ดังนั้นวิธีการนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การพยายามลดปริมาณของแคลเซียมและออกซาเลตในปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับที่มีอยู่ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะอิ่มตัวยิ่งยวด และพยายามทำให้ตัวห้ามออกฤทธิ์ได้ดี และลดตัวเสริม

1. การได้รับน้ำปริมาณมาก เป็นวิธีการเดียวที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดนิ่วทุกประเภท โดยวัตถุประสงค์ที่ให้ได้รับน้ำในปริมาณมากก็เพื่อให้มีปริมาณปัสสาวะอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน ซึ่งถ้าจะให้ปริมาณปัสสาวะดังกล่าว ผู้ป่วยต้องได้รับน้ำประมาณ 3 ลิตร และจะต้องได้มากกว่านี้ ถ้าเกิดมีภาวะผิดปกติที่มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย วิธีการได้รับน้ำควรจัดให้ได้รับเฉลี่ยพอๆ กันทั้งวัน วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การดื่มน้ำ โดยควรแนะนำให้ผู้ป่วยถือปฏิบัติดังนี้ คือ ให้ดื่มน้ำขณะรับประทานอาหารมื้อละ 2 แก้ว และให้ดื่มน้ำ 1 แก้วในระหว่างมื้อและก่อนนอน และถ้าผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะก็ให้ดื่มน้ำเพิ่มครั้งละ 1-2 แก้ว ชนิดของน้ำจะเป็นชนิดใดก็ได้ ยกเว้นนม ซึ่งควรหลีกเลี่ยงในภาวะการดูดซึมของแคลเซียมไม่ดี และน้ำชาในโรคนี้ชนิดแคลเซียมออกซาเลต

2. ลดอาหารที่มีออกซาเลตสูง การควบคุมอาหารที่มีออกซาเลตสูง จะมีประโยชน์ในสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดนิ่วและแคลเซียมออกซาเลต อาหารที่มีออกซาเลตสูง ได้แก่ ผักใบ

เขียวจัด ชา ช็อกโกแลต และผลไม้เปลือกแข็ง (Nuts) ผักทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยหลายชนิดมีออกซาเลตสูง เช่น ผักแพ้ว ใบชะพลู เป็นต้น ออกซาเลตอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดเพราะการมีปริมาณของออกซาเลตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จะทำให้โอกาสเกิดผลึกของแคลเซียมออกซาเลตง่ายขึ้นมาก สารออกซาเลตที่มีอยู่ในร่างกายได้มาจาก 2 แหล่งคือ

2.1 เกิดขึ้นภายในร่างกาย (Endogenous source) ร่างกายสร้างขึ้นโดยออกซาเลตเป็นผลผลิตของกรดอะมิโนชนิดหนึ่ง ไกลซีน (Glycine) พบว่าร้อยละ 40 ของออกซาเลตได้มาจากวิตามินซีจากอาหาร ซึ่งขบวนการสร้างจากวิตามินซีจะมีขีดจำกัด อีกร้อยละ 60 มาจากโปรตีนในอาหาร ดังนั้นการลดอาหารโปรตีน ก็ย่อมลดออกซาเลตในปัสสาวะไปในตัว

2.2 ได้รับจากภายนอกในร่างกาย (External source) จากอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้แก่ ยอดไม้ ผักสีเขียว รวมทั้งต้นอ่อนของพันธุ์ไม้ต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่รอบๆ บ้าน ผักหรือใบมีที่ชาวบ้านชอบรับประทานเป็นประจำได้แก่ ผักแพ้ว ชะพลู ผักโขม ใบมันสำปะหลัง สมิต หน่อไม้ กระโดน เป็นต้น (อารี วัลยะเสวี. 2528 : 37)

3. ลดอาหารที่มีแคลเซียมสูง การได้รับอาหารที่มีแคลเซียมมาก (มากกว่า 1 กรัมต่อวัน) ก็ควรหลีกเลี่ยง สามารถทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) ได้ แม้ทางเดินอาหารจะมีอัตราการดูดซึมแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติก็ตาม

4. ลดอาหารที่มีโซเดียมสูง การจำกัดโซเดียมให้น้อยกว่า 200 mEq ต่อวัน หรือที่ดีที่สุดคือ ให้ประมาณ 100 mEq หรือในรูปเกลือแกง 5.85 กรัมต่อวัน จะทำให้ท่อไตส่วนต้น (Proximal renal tubule) ดูดซึมโซเดียมกลับอย่างมาก และในขบวนการดังกล่าวจะดูดซึมแคลเซียมกลับด้วย ทำให้ลดภาวะแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) ช่วยลดการเกิดตัวเสริมสำคัญที่ทำให้เกิดนิ่วในไตได้ การลดอาหารที่มีโซเดียมอย่างง่ายคือ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารหมักดอง และหลีกเลี่ยงการเติมเกลือบนโต๊ะอาหาร

5. ลดอาหารเนื้อสัตว์ การได้รับอาหารโปรตีนจำนวนมาก ทำให้มีการผลิตกรดในร่างกายมากขึ้น มีผลให้ต้องมีการขับกรดออกในปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งจะไปลดการดูดซึมแคลเซียมกลับที่หน่วยไตส่วนปลาย (Distal nephron) พร้อมกับมีผลทำให้ระดับซีเตรตในปัสสาวะลดลงด้วย นอกจากนี้การได้อาหารโปรตีนยังทำให้มีออกซาเลตและกรดยูริกในปัสสาวะมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามไม่ควรเลี่ยงเนื้อสัตว์โดยรับประทานแต่ผักอย่างเดียว อาจทำให้ได้รับผักที่มีออกซาเลตมากเกินไป โดยเฉพาะผู้ที่เคร่งครัดต่ออาหารมังสวิรัตมาก อาจขาดแคลเซียมจากนม ทำให้ออกซาเลตถูกดูดซึมได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยควรเดินทางสายกลาง โดยเฉลี่ยให้ได้อาหารชนิดต่างๆ ในปริมาณพอสมควรและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อนึ่ง พบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วในไตมักได้รับผลไม้ไม่เพียงพอ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ก็ควรแนะนำให้ดื่มน้ำผลไม้วันละประมาณ 200-300 มิลลิลิตร เพิ่มซีเตรตและทำให้ได้รับน้ำเพิ่มขึ้น

6. หลีกเลี้ยงยาที่อาจทำให้เกิดนิ่วในไต ยาต่างๆ วิตามินและสารประกอบแคลเซียมอาจมีผลทำให้เกิดนิ่วในไต ถ้าตรวจพบว่ายาตัวใดมีโอกาสทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงหรือก่อให้เกิดนิ่วในไต ก็ควรหยุดยาหรือลดขนาดของยานั้นๆ โดยเฉพาะ วิตามินซีปริมาณมากอาจทำให้มีการผลิตออกซาเลตมากขึ้น และวิตามินดีอาจมีผลให้มีภาวะแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria)

การป้องกันการเกิดนิ่วชนิดกรดยูริก

การป้องกันนิ่วกรดยูริกหรือเกลือยูเรต ซึ่งบางครั้งร่วมกับโรคเก๊าท์ อาหารที่บริโภคอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดนิ่วในไตได้ สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงไม่ควรบริโภคเครื่องในสัตว์ และควรลดอาหารโปรตีน ของหมักดอง เบียร์ ของมีเนื้อมาที่มีสาหร่ายหรือยีสต์ เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเพิ่มสารพิวรีนในเลือด สารพิวรีนเป็นต้นตอของกรดยูริก ผลที่เกิดตามมาคือจะมีภาวะกรดยูริกในเลือดสูง เมื่อกรดยูริกหรือเกลือยูเรตอยู่ในภาวะเหมาะสม คือปัสสาวะมีความเป็นกรดก็จะตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในไต ค่าปกติของกรดยูริกในเลือดจะมีค่าประมาณ 6-7 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัมของเลือด

ดังนั้นการป้องกันนิ่วกรดยูริก เพียงแต่ป้องกันพฤติกรรมบริโภค จะป้องกันโรคนี้ได้เป็นส่วนใหญ่ ลักษณะคนที่เป็นิ่วกรดยูริกมักจะเป็นคนอ้วน หลักสำคัญในการป้องกันนิ่วกรดยูริกมี 6 ประการคือ (วีระสิงห์ เมืองมัน. 2535 : 12-22)

1. ดื่มนอนแต่เช้าและออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานส่วนเกินออกไป จะได้ไม่อ้วน การไหลเวียนของเลือด การทำงานของปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ ไขข้อ และอวัยวะต่างๆ เป็นไปด้วยดี

2. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ลิตรครึ่ง หรือมากกว่าเพื่อให้มีการขับถ่ายสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการออกทางปัสสาวะ

3. เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เพื่อลดพลังงานและกระตุ้นระบบการย่อย การเคลื่อนไหวของกระเพาะ ลำไส้ ตลอดจนการขับถ่ายเป็นการป้องกันโรคลำไส้ รวมทั้งโรคมะเร็งได้อีกด้วย อาหารที่มีไขมันต่ำได้แก่ ข้าวและเมล็ดพืชต่างๆ เช่น ถั่ว ข้าวโพด ลูกเดือย งา เผือก เมล็ดฟักทอง เมล็ดแมงลัก มะม่วง ลำไย มังคุด ส้ม กล้วย รวมทั้งผักสีเขียวทุกชนิด และถั่วที่เป็นฝัก เช่น ถั่วฝักยาว ถั่วลันเตา ถั่วพู

4. ลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเครื่องในสัตว์ เพราะอาหารดังกล่าวสลายตัวให้กรดยูริกในอัตราที่สูงมาก ของหมักดองที่ใช้ยีสต์ในการหมัก รวมทั้งเบียร์ก็ให้กรดยูริกสูงมากเช่นกัน ควรบริโภคอาหารประเภทปลาหรือถั่วแทน อาหารโปรตีนของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตชนิดกรดยูริก ไม่จำเป็นต้องมาจากเนื้อสัตว์ เพราะโปรตีนจากพืชตระกูลถั่วสามารถทดแทนได้เพียงพอ

5. ตรวจระดับกรดยูริก หน้าที่ของไตและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ กรดยูริกในเลือดไม่ควรเกิน 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้ชาย และไม่ควรเกิน 6 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้หญิง

6. ลดน้ำหนักตัว ผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วยูริกสูง หรือเคยเป็นนิ่วกรดยูริคมาแล้ว ควรปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในการลดน้ำหนัก ลดบริโภคเนื้อสัตว์ งดเครื่องในสัตว์และของหมักดอง และรับประทานยาที่เพิ่มความเป็นด่างในปัสสาวะ ได้แก่ โซดาไบคาร์บอเนต เพื่อช่วยให้กรดยูริกละลายในปัสสาวะได้ง่ายขึ้น จะได้ไม่ตกตะกอนเป็นนิ่วในไต

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงานและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem. 1985 : 31-32)

ความหมายของการดูแลตนเอง

คำศัพท์ การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำ “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมาย ดูแลคือเอาใจใส่ ปกปักษ์รักษา ปกครอง ตนคือตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวคนนั่นเอง หรือ ปกปักษ์ ปกครอง ตนเอง การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ยังไม่เป็นที่ตกลงกันแน่ชัดเกี่ยวกับคำจำกัดความของการดูแลตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในทัศนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

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

โอเร็ม (Orem. 1991 : 112) เป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลที่สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และโอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ คือ 1) การดูแลตนเองในภาวะปกติ 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายของกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองว่า 1) เพื่อเป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข 2) เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตราย

ต่าง ๆ 4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5) เพื่อส่งเสริมความผาสุก

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล และครอบครัวมีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการ ดูแลด้านสุขภาพของตนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

สมทรง รักษ์เผ่า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10-11) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

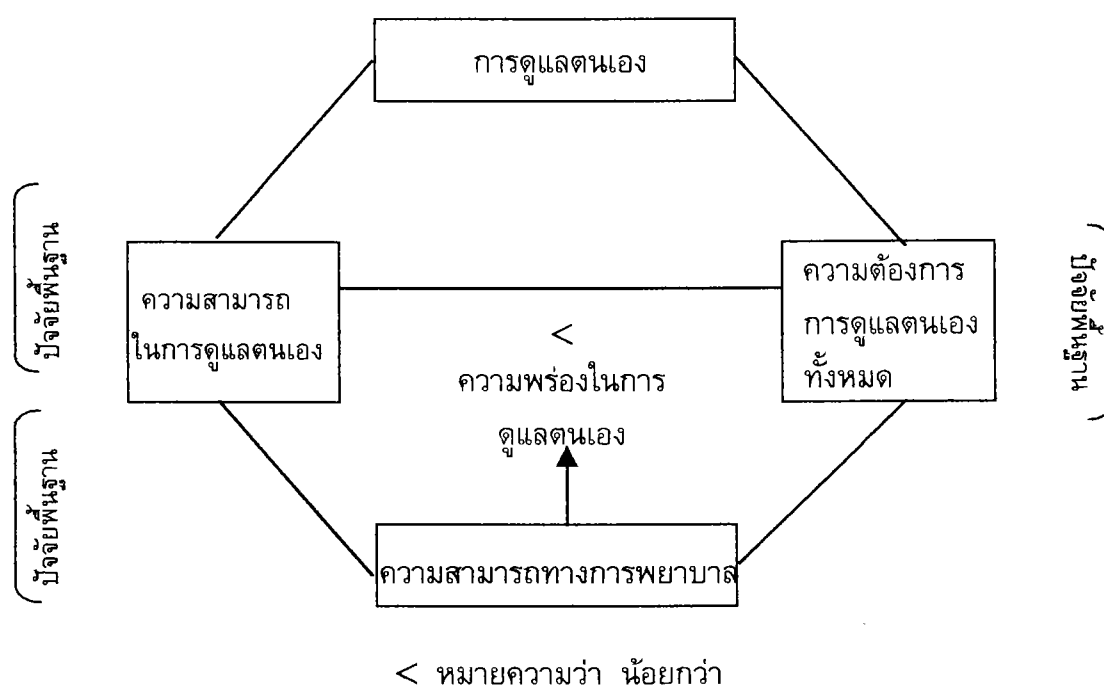
ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ประมวลเป็นคำจำกัดความการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการกำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเอง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

องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

กล่าวสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลทั้งในวิชาชีพ และนอกวิชาชีพ สุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

โอเร็ม (Orem) เป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่มหาวิทยาลัยแคธอลิกประเทศสหรัฐอเมริกา โอเร็ม เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทาง

การพยาบาลเป็นคนแรก ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของ โอเร็ม (Orem. 1985 : 44) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม นี้ได้นำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่ง ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 20) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5 (Orem. 1991 : 64)



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี โอเร็ม

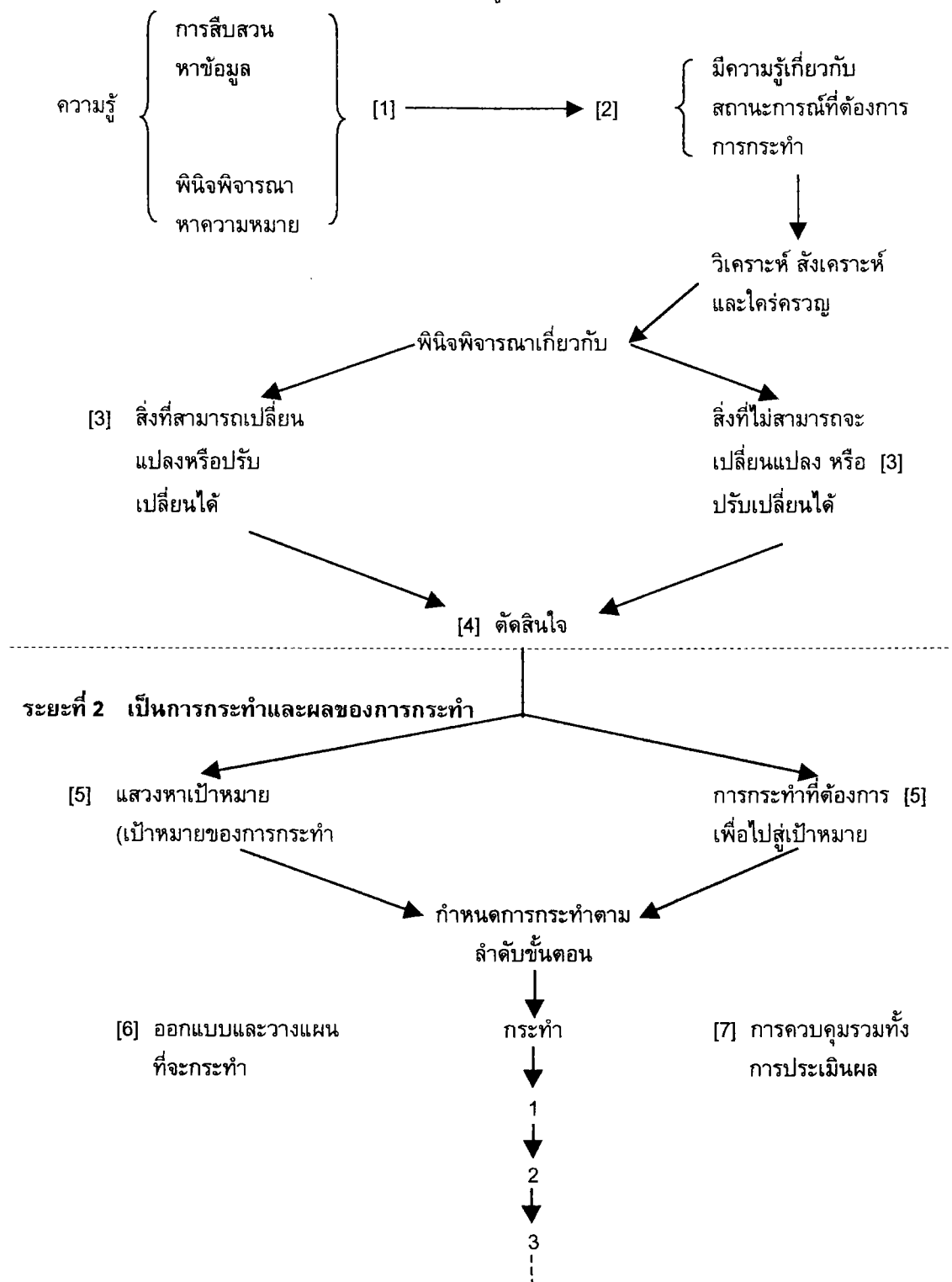
ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 34) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ เป็นระยะที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลซึ่งเป็นความรู้ที่ใช้ในการวินิจฉัยพิจารณา และตัดสินใจระทำการดูแลตนเอง บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ภายในและภายนอกตนเอง สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ว่าสิ่งใดสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ บุคคลดำเนินการกระทำกิจกรรม
ดูแลตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมที่จะกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย แล้วบุคคลจะ
มีการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

รายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวความคิดของโอเร็ม ดังปรากฏตาม
ภาพประกอบ 6 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 24)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 6 ระยะของการดูแลตนเอง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายของการกระทำ จะเห็นว่าแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้ และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 25)

ความต้องการดูแลตนเอง (Therapeutic self care demand)

ในทัศนะของโอเร็ม (Orem. 1985 : 41-51) ความต้องการดูแลตนเอง เป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเอง เป็นการกระทำโดยเจตนา ที่กระทำโดยตนเอง โดยแบ่งความต้องการดูแลตนเองของบุคคลออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนที่เป็นไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความผาสุกทั่วไป ความต้องการด้านนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพหรือปริมาณโดยเปลี่ยนไปตาม อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ความต้องการด้านนี้ ประกอบด้วย

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เป็นการสนองตอบความต้องการด้านแรชดาที่จำเป็นต่อเมตาบอลิซึม และการสร้างพลังงาน โดยคำนึงถึงการทำหน้าที่ตามปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกาย คอยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความต้องการ ตลอดจนมีการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับเขยื้อนและการระบายให้เป็นไปตามปกติ เป็นการควบคุมกระบวนการขยับเขยื้อน แรชดาต่างๆ ออกจากร่างกาย โดยการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม มีการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับเขยื้อน การรักษาโครงสร้าง หน้าที่ เพื่อให้มีการขยับเขยื้อนตามปกติ มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นการควบคุมพลังงาน ควบคุมตัวกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม การจัดหาสิ่งที่น่าสนใจ การใช้ความสามารถพิเศษ และควบคุมการรับรู้ต่อความผาสุกที่ได้รับจากการมีกิจกรรม และการพักผ่อน เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การรับรู้ และสนใจถึงความต้องการการออกกำลังกายของตนเอง มีการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา การมีปฏิสัมพันธ์กับ

บุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจความต้องการการพักผ่อนของตนเอง มีการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และกระทำกิจกรรมของตนเอง โดยใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และบรรทัดฐานตามขนบธรรมเนียมประเพณีของสิ่งแวดล้อมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในส่วนที่เกี่ยวกับตัวของบุคคล บุคคลมีความต้องการการคงไว้ซึ่งการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลต้องการการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อการทำหน้าที่ของตนให้มีประสิทธิภาพ รู้จักการติดต่อขอความช่วยเหลือ มีการสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ เป็นการคงไว้ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ ของบุคคลที่จะส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย มีการหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ ควบคุม หรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง มีการพัฒนา และคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล มีการค้นหา และสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากสภาพปกติของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยยะต่างๆ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการด้อยการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือพิการ รวมทั้งการปฏิบัติรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สมารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การผ่าตัดอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ความเปราะบางต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ได้แก่

- 3.1 การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 3.2 การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันรักษาและฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- 3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ดังนั้นในการใช้กรอบแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม จะต้องประเมินและให้การวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1991)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม		
ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามการพัฒนาการ	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ
• อากาศ น้ำ และอาหาร • การมีกิจกรรมและการพักผ่อน • ความสัมผัสและการเข้าสังคม • การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ • การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข	• ดำรงรักษาสภาวะการณ์ที่สนับสนุนกระบวนการชีวิตในแต่ละระยะของการพัฒนาการ • ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละระยะของการพัฒนาการ • ป้องกันอันตราย และ/หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสังคมของบุคคล เช่น ในบุคคลที่ไร้การศึกษา อันธพาล และคนยากจน เป็นต้น	• แสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม • การตระหนักถึงอิทธิพลและผลของพยาธิสภาพต่อชีวิตและร่างกายของตนเอง • การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ • การตระหนัก และดูแลตนเองในการป้องกันความไม่สบาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง • ปรับอัตมโนทัศน์ของตนเองได้เพื่อการยอมรับในภาวะโรคนั้นๆ • สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความจำกัดของโรค พยาธิสภาพและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ที่มา : ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). การพยาบาลโรคเบาหวาน. หน้า 106.

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเอง นอกจากนี้ โอเร็ม (Orem. 1985 : 129) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31-36)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น ประกอบด้วยความสามารถ คาดการณ์ในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง สิ่งแวดล้อม การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ซึ่งได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ สภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก การปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำ มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตาม มีความสามารถในการแสวงหาความรู้จากผู้ที่เหมาะสม สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และประการสุดท้ายมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งได้แก่ มีทักษะในการเรียนรู้และมีความสามารถที่จะกระทำ รับรู้เหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังในตนเอง การยอมรับตนเอง รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ และมีความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเองได้

ฉะนั้นบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเองเกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อกองไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

บุคคลที่มีการแสดงออกถึงการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองคือ ภาวะสุขภาพที่ดี ความต้องการดูแลสุขภาพก็หมดไป แต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องช่วยเหลือโดยจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ปัจจัยพื้นฐาน เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (Orem. 1985 : 203)

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

อายุกับการดูแลตนเอง

อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ และความสามารถในการเข้าใจ และตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถ ในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem. 1985 : 255) แลงเกีย (Langlie. 1977 : 254) ได้ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

เพศกับการดูแลตนเอง

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เพศจะแสดงถึงความแตกต่างของความสามารถด้านร่างกาย ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อม และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพของร่างกาย (Orem. 1985 : 42) ลักการีเนน และคนอื่นๆ (Lakkarinen and others. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการ

ศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อย กนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 74) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ชายมีการดูแลตนเองดีกว่าหญิง

ระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108-109) คาสล์และคอบบ์ (Kasl & Cobb. 1966 : 250-251) ได้ศึกษา และผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ แลงเกีย (Langlie. 1977 : 253) ได้ศึกษาโครงการวิจัยสังคมความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 48) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ

รายได้กับการดูแลตนเอง

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถ ดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้เหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีการศึกษาน้อย ทำให้มี

ข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คาส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb. 1955 : 250-251) ได้ศึกษาและผลการศึกษพบว่าผู้ที่มี รายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

อาชีพกับการดูแลตนเอง

อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ด้านเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 37) จากการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกันคือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกร กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่นๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตตน โดยเฉพาะในด้าน ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต สปีค (Speake. 1987 : 28) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน สิรินทร์ ศาสตราภรณ์ (2835 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem. 1991 : 128) ให้ความสำคัญของความรู้ว่า ความรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่ง ต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอ และถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่าง เหมาะสม ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ โดยบังคับไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อ ภัยอันตราย และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม (Prevention of hazard) ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติสุขด้วย เพราะบุคคลมีความต้องการที่จะ แสวงหาความรู้ และต้องการเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา (Learning self-care) เพราะ ธรรมชาติของบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะฝึกตนให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learning behavior) ที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการเรียนรู้ที่จะดูแล ตนเองนี้ เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นได้ไม่เท่ากันก็ตาม

การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ดังนั้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงควรจะมีความรู้เรื่องโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ เช่น สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การควบคุมโรค การปฏิบัติตน เพื่อให้โรคนั้นบรรเทาอาการหรือ หายเร็วขึ้น เพราะความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง การเรียนรู้เรื่องโรค และปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อย่างดี จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (Joseph. 1980 : 135) ถ้าบุคคลขาดปัจจัยความรู้ ก็จะเป็นสาเหตุทำให้ขาดความสามารถในการดูแลตนเองได้ เพราะความรู้เป็นพัฒนาการด้านสติปัญญา และทักษะต่างๆ การที่บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย

ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เป็นพลังความสามารถอันหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพราะการที่บุคคลมีความรู้ จะทำให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ย้อนคิด และพิจารณาตัดสินใจ จึงเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (Orem. 1985 : 35) จากการศึกษาของ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ที่ได้รับการรักษาในศูนย์วัณโรค เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต

สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตนั้น มีผลต่อการช่วยผู้ป่วยโรคหัวใจในไตให้กลับสู่การมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม โดยแบ่งตามประเภทการดูแลตนเองของโอเร็ม มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตสามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตได้ตามปกติเป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีอากาศร้อนจัด รักษาอนามัยส่วนบุคคล

1.2 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2.5 ลิตร หรือมากกว่า เพื่อให้มีการขับถ่ายสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการออกทางปัสสาวะ วิธีการดื่มน้ำควรจัดให้ได้ในช่วงเวลาสม่ำเสมอทั้งวัน

1.3 โภชนาการ หลักในการรักษาทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจในไต คือ รับประทานอาหารที่มีใยพืชมากๆ ลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และรับประทานโปรตีนจากพืชตระกูลถั่วทดแทน ลดอาหารที่มีแคลเซียมสูง อาหารเค็ม อาหารหมักดอง พวักผักใบสีเขียวจัด

ยอดไม้ เช่น หน่อไม้ ชะพลู ผักโขม เป็นต้น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายให้ปริมาณที่พอเหมาะ โดยรับประทานให้พออิ่ม

1.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกาย จัดเวลานอนให้เหมาะสมในแต่ละวัน ตื่นนอนตอนเช้าและออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานส่วนเกินออกไปเป็นการลดน้ำหนัก

1.5 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับระบบการขับถ่ายและการขับของเสียให้ปกติ เป็นการคงสภาพของไตที่เกี่ยวกับการขับของเสีย ให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สำหรับการดำเนินชีวิต

1.6 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตควรมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกาย ตรวจเลือดและตรวจทางรังสีเป็นการติดตามการดำเนินของโรค และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว หรือปวดหลัง ปัสสาวะเป็นสีเลือด หรือบางครั้งอาจมีกลิ่นในน้ำ อาเจียน หรือท้องอืด ในผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการรักษาด้วยการสลายนิ่ว ควรสังเกตสีปัสสาวะหรือมีเม็ดกรวดทรายปนอยู่หรือไม่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ส่วนประกอบ

1.7 สร้างสัมพันธภาพทางสังคม การได้รับทราบเกี่ยวกับโรคนี้ในไต การรักษาพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีความเข้าใจและปรับตัวได้ดี อย่างน้อยที่สุดก็ได้ทราบว่า ผู้ที่เป็นโรคนี้ในไต ถ้าทราบแต่เนิ่นๆ สามารถรักษาหายได้ และมีผู้ป่วยโรคนี้ในไตจำนวนน้อยที่มาพบแพทย์ เนื่องจากมีภาวะไตเสื่อมที่ต้องเสียชีวิต อย่างไรก็ตามโรคนี้ในไตเป็นโรคเรื้อรัง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ฉะนั้นการเรียนรู้และหาวิธีการแก้ไขภาวะเครียดหรือวิตกกังวลเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตควรกระทำ เช่น การออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรก การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตปรับสภาพอารมณ์และจิตใจได้ดีขึ้น

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคนี้ในไต สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกัน ได้แก่

2.1 ประกอบอาชีพของตนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย

2.2 ผู้ป่วยโรคนี้ในไตสามารถมีคู่ครองและมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

2.3 ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีสิทธิในการรับการตรวจรักษาเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคนี้ในไตสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ได้แก่

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

3.2 การรับประทานยาครบทุกมื้อตามเวลา ไม่ลดยา เพิ่มยา หรือหยุดยาเอง และอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ โดยให้ญาติช่วยดูแลการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที

3.3 ไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.4 สังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้น เช่น มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมีเลือดปน หรือปัสสาวะแสบขัด หรือปัสสาวะสะดุด หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษา

3.5 ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัยแนวทางการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.6 ผู้ป่วยโรคนี้ในไตต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับรู้ถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคคุกคาม

3.7 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการรุกรานของโรคโดยไม่ดื่มเบียร์ งดเครื่องในสัตว์ งดผักสีเขียวจัดหรือยอดไม้ ลดน้ำหนักและหลีกเลี่ยงยาบางชนิด

3.8 ควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้าไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ให้แจ้งแพทย์ทราบเพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3.9 การเรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การทำงาน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มเพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติตนและหาทางออกที่เหมาะสมเพื่อพบปัญหา

ดังนั้นเมื่อนำแนวคิดในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม มาใช้กับผู้ป่วยโรคนี้ในไต ทำให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีเป้าหมาย ความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดเป็นนี้ในไตครั้งต่อไป เพราะโอกาสเกิดนี้ในไตได้อัตราที่สูง (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 16)

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปคือ

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ธอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบ หมายถึง สิ่งที่ "ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน" ได้รับจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ และหรือการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ความหมายในทางกว้าง การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กันและรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความห่วงใย ความรัก การให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวสรุปได้ว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือ วัตถุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นสมาชิกใน ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลร่วมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นความพอใจต่อ ความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณ ของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การเปลี่ยนแปลง ตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถ บอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการ สนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย นอกจากนี้พบว่าคนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการ สนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้น จะเป็นกลุ่มคนใน ระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมทั้งหมดที่สามารถเชื่อถือได้ว่า ให้ การสนับสนุนทางสังคมได้

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 396-397) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออก เป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่ง สนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมี บทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การ สนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วย ได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและ สามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organization or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำ แนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอ สอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากแตกต่างกันไปดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ธอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใหบุคคลได้รับนั้น สามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน รักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจและไว้วางใจผู้อื่น
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูล ในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

เฮาส์ (Tilden. 1985 : 201 ; citing House. 1981. *Research in Nursing and Health*. p. 15-26) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่ง ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วงและยอมรับฟังความคิดเห็น
2. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

เพนเดอร์ (Pender. 1987) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม ให้พบกับเป้าหมายของตนเอง หรือให้ความร่วมมือตามความต้องการในสถานการณ์เฉพาะอย่าง การสนับสนุนทางสังคมนี้มีทั้งที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ ได้แก่

1.1 การสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible support) หมายถึง การสนับสนุนด้านสิ่งของและการกระทำ ได้แก่ เงิน หรือการช่วยเหลืออื่นๆ โดยการกระทำ

1.2 การสนับสนุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible support) หมายถึงการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น หรือการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์อื่นๆ

2. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร แนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานให้สมบูรณ์

3. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การประเมินความคาดหวัง ความต้องการของบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ถึงเป้าหมาย

ไวส์ (Diamon & Jone. 1983 : 146-147 ; citing Weiss. 1974. *Chronic Illness Across the Life Span*. p. 17-26) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ

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

2. การเข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) การสนับสนุนชนิดนี้จะได้จากการที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนหรือมีการรวมพลังในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร นอกจากนี้ยังมีความห่วงใยและความเข้าใจต่อกันด้วย ได้แก่ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน หรือผู้มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมต่างๆ ถ้าขาดความสัมพันธ์อันนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม และเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิต

3. โอกาสที่จะได้โอ้อุ้มเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น การที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อยนั้น จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า และไม่มีจุดหมาย

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม (Social role) เช่น การแสดงความสามารถเป็นเพื่อนร่วมงานในที่ทำงาน ความสามารถในการช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ

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 ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากบุคคลที่เราารู้สึกว่าสำคัญ มีคุณค่าเป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรที่เหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) ได้แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม

ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

นอกจากการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นประเภทต่างๆ แล้ว โกทท์ลิป (Gottlieb, 1985 : 5) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการร่วมมือ หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์ในสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองโครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในกลุ่มนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตรภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง
3. ระดับลึก หรือระดับแคบ (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสำคัญของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักใคร่และห่วงใย

ผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของบุคคล

จากการที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลาย จึงมีนักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme, 1979 : 202) ได้เสนอแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพบุคคลไว้ โดยกล่าวว่า

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ
3. การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีโอกาจะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

โคเฮนและวิลลิส (Cohen & Willis. 1985 : 310-357) ได้ศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune systems) ทำงานดีขึ้นหรืออาจจะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้น จะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันก็จะทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้สรุปถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพิ่มการมีคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต
3. ช่วยยืนยัน รับรอง หรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม
4. เป็นกันชนรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว่าดังนี้

คัทเนอร์ และคาร์ดินัส (Kutner & Cardenas. 1981 : 626-30) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม 137 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอายุ 25-34 ปี ปรับตัวต่อการรักษาดีที่สุด มีความพอใจกับสุขภาพเศรษฐกิจ สัมพันธภาพของครอบครัว ชีวิตทางสังคมผู้วิจัยได้ให้เหตุผลใน 2 ประเด็น คือ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อายุน้อยและมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม และอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ ในกลุ่มนี้มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่ได้รับการรักษามากกว่า 3 ปี ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวต่อสถานะการเป็นผู้ป่วยและวิธีการรักษา นอกจากนี้ได้มี ผู้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม ผู้ป่วยใช้เวลาในการปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประมาณ 6-12 เดือน ในกลุ่มที่อายุน้อย ผู้ป่วยอาจจะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และยังไม่มีความตระหนักข้อโดยเจตนาทางหัวใจและปอดหรือไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากไตล้มเหลวเรื้อรัง และได้มี ผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมทั่วไปในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียม จำนวน 2,481 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ร้อยละ 75 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี ร้อยละ 57 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 30-59 ปี และร้อยละ 40 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ความสามารถในการดำรงกิจกรรมในสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพอใจในชีวิต

คอดเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาและผลการศึกษา พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ต่างกับผู้มีระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

ชาร์ป, รอส และคอดเกอร์แฮม (Sharp, Ross & Cockerham. 1983 : 255-263) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

เซฟเฟอร์ และคนอื่นๆ (Shacfer and others. 1986 : 179-185) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 54 ราย และวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 ราย ผลการศึกษาพบว่าในครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดี จะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และในผู้ใหญ่พบว่าแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

กัวร์สกี และคนอื่นๆ (Gaurask and others. 1987 : 413-423) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเพิ่มขึ้น จากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดอาการ

ของตนเองเข้าอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษา หรือแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา จะทำให้เกิดความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการณ์ที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือ การเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการถ่ายทอดปรึกษา หรืออาการของตนเองสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการป่วยนั้นๆ โดยที่ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตนเองจากผลการรักษา อาการข้างเคียงจากการรักษา ความพอใจต่อการบำบัดรักษา และข้อมูลเหล่านั้นมาประมวลเข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

ทูและบา (To & Ba. 1991 : 249-251) ได้ศึกษาพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการหยุดรักษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเกิดการขาดแรงจูงใจ อันเนื่องมาจากความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและพบอุปสรรคในการไปรักษา ผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ขาดการตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 78 คิดว่าการไม่มีอาการได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เป็นการบ่งถึงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยาตามแบบการรักษาตะวันตก (Western medication) เป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยร้อยละ 12 ที่เชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้าน และมีผู้ป่วยร้อยละ 72 ที่อ้างถึงเหตุผลที่ต้องรอการตรวจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้ป่วยและความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ แต่ไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา

งานวิจัยในประเทศไทย

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรกับการดูแลตนเอง มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้คือ

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ (2533 : 175-206) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรักษาตนเอง เป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายมากที่สุด ร้อยละ 93.60 ของความเจ็บป่วยทั้งหมด การรักษาตนเองเป็นอันดับแรก ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ร้อยละ 87.60 ของความเจ็บป่วยรักษาหายได้ โดยการดูแลสุขภาพหรือการรักษาตนเอง เมื่อพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า

ฐานะทางเศรษฐกิจ เข้ามามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ กลุ่มคนยากจนมีพฤติกรรมรักษาตนเองมากที่สุด โดยไม่ต้องไปรักษาต่อยังแหล่งอื่น

รัชชัย คำทอง (2533 : 128-145) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่าประชาชน ในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองใน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนตามตัวแปรอิสระ พบว่าการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ การใช้บริการ ของสถานอนามัยความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนภายนอก ตำบล ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ อาชีพ และการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค

กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถ ในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มารับการตรวจรักษาที่ คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล ราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุม อาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกัน ทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิด ของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุม อาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนชายหญิงที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมือง ชาย และหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่ แตกต่างกัน ส่วนอายุ อาชีพที่ต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวแปรรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบ สอนความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล

วรพนิต ศุกระแพทย์ (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างศึกษา เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 183 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด ผู้สูงอายุมีความบกพร่องน้อยในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ สำหรับด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีเพียงเรื่องการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันที่มีความบกพร่องมาก ส่วนภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีเพียงเรื่องการชักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องมาก

อัสรา อวรรณ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 235 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรส มีความสามารถในการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 185) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรสและสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 113 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแล

ตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวก

อัจฉรา จังพานิช (2541 : 149) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลศิริพยาบาล จำนวน 232 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน ส่วนเพศ อายุ รายได้และสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 119) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มาใช้บริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

ตรีนาศ โกวทิเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .01

เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้าน

ข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้วิจัยดำเนินการตาม ลำดับต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการใน คลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 2,207 ราย (สถิติ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี 2542. ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการใน คลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 338 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือก แบบเจาะจง (Purposive sampling) และมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ ยามาเน่ (Yamane. 1968 : 886) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 338 ราย จากประชากร

2,207 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบปัสสาวะว่าเป็นโรคหิวในไต ในคลินิกโรคระบบปัสสาวะโรงพยาบาลรามารับดี และมารับบริการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึง เดือนพฤษภาคม 2544 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 ราย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหิวในไตตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหิวในไต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 1991) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหิวในไต ลักษณะของแบบทดสอบถามเป็นแบบถูก ผิด (True-false item) แบ่งออกเป็นความรู้ระดับดี ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด ประกอบด้วยข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจในไต การดูแลตนเองของโอเร็ม และการสนับสนุนทางสังคม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต จำนวน 48 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไต จำนวน 49 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต จำนวน 44 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ได้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต จำนวน 44 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไต จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต จำนวน 33 ข้อ นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มารับบริการที่คลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการดูแลตนเองทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการดูแลตนเองทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์ในการแปลความหมาย (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับควรปรับปรุง

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต ให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนที่ให้ เป็นลักษณะอิงเกณฑ์ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร. 2528 : 77)

คะแนน 12.00-15.00 (ร้อยละ 75.00-100) หมายถึง มีความรู้ระดับดี

คะแนน 7.50-11.99 (ร้อยละ 50.00-74.99) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 7.49 (ร้อยละ 00.00-49.99) หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคนี้ในไต มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก และไม่จริงทั้งหมด ซึ่งมีข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางลบ

เกณฑ์ในการให้คะแนน โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
จริงทั้งหมด	5	1
จริงเป็นส่วนมาก	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่จริงเป็นส่วนมาก	2	4
ไม่จริงทั้งหมด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จำนวน 117 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามจำนวน 108 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามและแบบทดสอบ กระทำโดยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต โดยคิดจากสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่ตอบถูกในข้อนั้นๆ กับจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด เลือกได้ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20-0.80

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับและเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.16 ถึง 0.53

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมโดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในใจเลือกข้อคำถามได้จำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.15 ถึง 0.55 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในใจเลือกข้อคำถามได้จำนวน 22 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.13 ถึง 0.63

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.1 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในใจที่มีค่าความยากง่ายและมีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson formula 20) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 198) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68

3.2 นำแบบสอบถามการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200) โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.61 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหัวใจในใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2544 ถึงวันที่ 5 พฤษภาคม 2544 รวมระยะเวลาประมาณ 68 วัน แล้วเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีมารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต และการสนับสนุนทางสังคม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
2. แบบสอบถามการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคนี้ในไต นำมาวิเคราะห์โดยหาคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการดูแลตนเอง และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 10
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.

2538 : 73)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard deviation) โดยใช้สูตร

(ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 79)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า **Face validity** ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 116)

2.1.1 หากำดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้วแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่า โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะ
กลุ่มพฤติกรรม

ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
เนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่าย โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.

2538 : 210)

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

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่าย

R แทน จำนวนคนที่ทำข้อนั้นถูก

N แทน จำนวนคนที่ทำข้อนั้นทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนก ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไต โดยใช้
คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial
correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{y}_p - \bar{y}_q}{s_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์
แบบพอยต์ไบซีเรียล

$\bar{y}_p$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

$\bar{y}_q$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น

q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ (1-p)

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต โดยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118)

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

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโตโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson formula 20) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 198)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
n แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม
p แทน ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
q แทน สัดส่วนของผู้ที่ทำผิดในข้อหนึ่ง คือ (1-p)
 s_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

s_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$\sum s_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (Student t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 10 โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 102)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution

$\bar{x}_1, \bar{x}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

s_1^2, s_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 112-113)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการพิจารณา F-distribution

MS_b แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าหากพบว่าการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls test) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 134)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน ค่า q-statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } \tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1 n_2 \dots n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
- S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- t แทน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
- F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
- df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
- p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
- SS แทน ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
- MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Sciences for Windows) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจโตที่มารับบริการที่คลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจโต และการสนับสนุนทางสังคม และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี จากคะแนนเฉลี่ยของตัว

แปร 2 กลุ่ม จำแนกตามเพศ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 10 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึงเดือนพฤษภาคม 2544 โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา		n	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	163	48.20
	หญิง	175	51.80
	รวม	338	100.00
2. อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	15	4.40
	30 - 39 ปี	65	19.30
	40 - 49 ปี	79	23.40
	50 - 59 ปี	87	25.70
	60 - 69 ปี	70	20.70
	มากกว่า 69 ปี	22	6.50
	รวม	338	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา		n	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	33	9.80
	ประถมศึกษา	132	39.10
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	88	26.00
	อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า	85	25.10
	รวม	338	100.00
4. ภูมิลำเนา	กรุงเทพมหานคร	39	11.50
	ภาคกลาง	117	34.60
	ภาคเหนือ	35	10.40
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	99	29.30
	ภาคใต้	31	9.20
	ภาคตะวันออก	17	5.00
	รวม	338	100.00
5. อาชีพ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	83	24.60
	ค้าขายหรือธุรกิจ	42	12.40
	เกษตรกรรม	56	16.60
	รับจ้าง	71	21.00
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	25.40
	รวม	338	100.00
6. รายได้	น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	122	36.10
	3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	77	22.80
	8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	62	18.30
	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	77	22.80
	รวม	338	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา		n	ร้อยละ
7. สถานภาพสมรส	โสด	32	9.50
	คู่	295	87.20
	หม้าย/หย่า/แยก	11	3.30
	รวม	338	100.00
8. ระยะเวลาการเป็นโรค	1 - 3 ปี	268	79.30
	4 - 6 ปี	33	9.80
	7 - 9 ปี	19	5.60
	มากกว่า 9 ปี	18	5.30
	รวม	338	100.00
9. ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต	ระดับดี	29	8.60
	ระดับปานกลาง	174	51.50
	ระดับควรปรับปรุง	135	39.90
	รวม	338	100.00
10. การสนับสนุนทางสังคม	ระดับมาก	261	77.20
	ระดับปานกลาง	77	22.80
	ระดับน้อย	-	-
	รวม	338	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 ราย เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.80 และชาย คิดเป็นร้อยละ 48.20

อายุ มีผู้ป่วยโรคนี้ในไต มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.70 รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.40 อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.70 อายุ 30-

39 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.30 อายุมากกว่า 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.50 และอายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.40

ระดับการศึกษา มีผู้ป่วยโรคนี้ในไต มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 26.00 ระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 25.10 และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.80

ภูมิลำเนา มีผู้ป่วยโรคนี้ในไต มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.60 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 29.30 กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 11.50 ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 10.40 ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 9.20 และภาคตะวันออก มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.00

อาชีพ ผู้ป่วยโรคนี้ในไต ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.40 รองลงมาคือ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 24.60 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 21.00 เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 16.60 ค้าขายหรือธุรกิจ มีจำนวนน้อยที่สุด คือ คิดเป็นร้อยละ 12.40

รายได้ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.10 รองลงมาคือ มีรายได้ 3,000-8,000 บาท และ รายได้มากกว่า 13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.80 เท่ากัน รายได้ 8,001-13,000 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.30

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคนี้ในไตส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.20 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 9.50 และหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 3.30

ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคนี้ในไตส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเป็นโรค 1-3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.30 รองลงมาคือ 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.80 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.60 และมากกว่า 9 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.30

ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาคือ ระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 39.90 และระดับดี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.60

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคนี้ในไตส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.20 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.80

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามการดูแลตนเองเป็นรายด้าน

การดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	338	1.02	0.58	พอใช้
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	338	1.11	0.67	พอใช้
การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	338	1.63	0.48	ดี
รวม	338	1.26	0.58	พอใช้

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 ($S = 0.58$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ คะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม จำแนกตาม เพศ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 10 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 6, 7, 8 และ 9

ตาราง 6 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหัวใจในไต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามารับดี จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไต และการสนับสนุนทางสังคม

	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
1. เพศ	ชาย	163	1.27	0.20
	หญิง	175	1.25	0.22
	รวม	338	1.26	0.21
2. อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	15	1.27	0.23
	30 – 39 ปี	65	1.29	0.18
	40 – 49 ปี	79	1.30	0.19
	50 – 59 ปี	87	1.28	0.20
	60 – 69 ปี	70	1.20	0.24
	มากกว่า 69 ปี	22	1.11	0.22
	รวม	338	1.26	0.21
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	33	1.18	0.25
	ประถมศึกษา	132	1.22	0.21
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	88	1.26	0.18
	อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า	85	1.33	0.20
	รวม	338	1.26	0.21

ตาราง 6 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S
4. ภูมิลำเนา	กรุงเทพมหานคร	39	1.20	0.21
	ภาคกลาง	117	1.26	0.21
	ภาคเหนือ	35	1.26	0.25
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	99	1.25	0.19
	ภาคใต้	31	1.32	0.24
	ภาคตะวันออก	17	1.28	0.20
	รวม	338	1.26	0.21
5. อาชีพ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	83	1.34	0.18
	ค้าขายหรือธุรกิจ	42	1.22	0.20
	เกษตรกรรม	56	1.27	0.22
	รับจ้าง	71	1.26	0.20
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	1.19	0.22
	รวม	338	1.26	0.21
6. รายได้	น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	122	1.20	0.22
	3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	77	1.24	0.21
	8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	62	1.31	0.21
	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	77	1.32	0.18
	รวม	338	1.26	0.21
7. สถานสมรส	โสด	32	1.29	0.21
	คู่	295	1.25	0.21
	หม้าย / หย่า / แยก	11	1.26	0.11
	รวม	338	1.26	0.21

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร		n	$\bar{x}$	S
8. ระยะเวลาการเป็นโรค	1 – 3 ปี	268	1.25	0.21
	4 – 6 ปี	33	1.28	0.23
	7 – 9 ปี	19	1.26	0.18
	มากกว่า 9 ปี	18	1.38	0.18
	รวม	338	1.26	0.21
9. ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในใจ	ระดับดี	29	1.36	0.17
	ระดับปานกลาง	174	1.34	0.19
	ระดับควรปรับปรุง	135	1.16	0.27
	รวม	338	1.26	0.21
10. การสนับสนุนสังคม	ระดับมาก	261	1.20	0.21
	ระดับปานกลาง	77	1.28	0.19
	รวม	338	1.26	0.21

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคนี้ในใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 ราย มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในใจดังนี้

1. เพศ ผู้ป่วยโรคนี้ในใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชาย มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้ เท่ากับ 1.27 ($S = 0.20$) และหญิงมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้ เท่ากับ 1.25 ($S = 0.22$)

2. อายุผู้ป่วยโรคนี้ในใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชายที่มีอายุ 40-49 ปี มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้มากที่สุดเท่ากับ 1.30 ($S = 0.19$) รองลงมาคือ อายุ 30-39 ปี, อายุ 50-59 ปี, อายุน้อยกว่า

30 ปี, อายุ 60-69 ปี และอายุมากกว่า 69 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้ เท่ากับ 1.29 ($S = 0.19$), 1.28 ($S = 0.20$), 1.27 ($S = 0.23$), 1.20 ($S = 0.24$) และ 1.11 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

3. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์หรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุดเท่ากับ 1.33 ($S = 0.20$) รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้เท่ากับ 1.26 ($S = 0.18$) 1.22 ($S = 0.21$) และ 1.18 ($S = 0.25$) ตามลำดับ

4. ภูมิลำเนา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้มากที่สุดเท่ากับ 1.32 ($S = 0.24$) รองลงมาคือ ภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้เท่ากับ 1.28 ($S = 0.20$), 1.26 ($S = 0.21$), 1.26 ($S = 0.25$), 1.25 ($S = 0.19$) และ 1.20 ($S = 0.21$) ตามลำดับ

5. อาชีพ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มากที่สุดเท่ากับ 1.34 ($S = 0.18$) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจและไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ เท่ากับ 1.27 ($S = 0.22$), 1.26 ($S = 0.20$) 1.22 ($S = 0.20$) และ 1.19 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

6. รายได้ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้มากที่สุดเท่ากับ 1.32 ($S = 0.18$) รองลงมาคือ รายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน รายได้มากกว่า 3,000-8,000 บาทต่อเดือน และรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้เท่ากับ 1.31 ($S = 0.21$), 1.24 ($S = 0.21$) และ 1.20 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

7. สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้มากที่สุด เท่ากับ 1.29 ($S = 0.21$) รองลงมาคือสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/

แยก และคู่โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับพอใช้เท่ากับ 1.26 ($S = 0.11$) และ 1.25 ($S = 0.21$) ตามลำดับ

8. ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบ ปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคมกกว่า 9 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับดีมากที่สุดเท่ากับ 1.38 ($S = 0.18$) รองลงมาคือระยะเวลาการเป็นโรค 4-6 ปี และ 7-9 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับพอใช้เท่ากับ 1.28 ($S = 0.23$) และ 1.26 ($S = 0.18$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการเป็นโรค 1-3 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับพอใช้น้อยที่สุดเท่ากับ 1.25 ($S = 0.21$)

9. ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไต ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบ ปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับดีมากที่สุด เท่ากับ 1.36 ($S = 0.17$) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองระดับดี เท่ากับ 1.34 ($S = 0.19$) ส่วนผู้ป่วยโรค นิ้วในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตระดับควรปรับปรุง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับพอใช้เท่ากับ 1.16 ($S = 0.27$)

10. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบ ปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระดับพอใช้ เท่ากับ 1.20 ($S = 0.21$) และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตระดับพอใช้ เท่ากับ 1.28 ($S = 0.19$)

ข้อมูลตามตาราง 6 จำแนกตามตัวแปร เพศ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไต โดยทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 7 ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา ภูมิสำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไต ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 7 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนกตามเพศ และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร		n	$\bar{X}$	S	t	p
เพศ	ชาย	163	1.27	0.20	1.03	.06
	หญิง	175	1.25	0.22		
การสนับสนุนทางสังคม	มาก	261	1.20	0.21	1.03	.07
	ปานกลาง	77	1.28	0.18		

จากตาราง 7 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำแนก
ตามอายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค
และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	5	1.00	0.20	4.75*	.00
	ภายในกลุ่ม	332	14.00	0.04		
	รวม	337	15.00			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.84	0.28	6.63*	.00
	ภายในกลุ่ม	334	14.16	0.04		
	รวม	337	15.00			
3. ภูมิลำเนา	ระหว่างกลุ่ม	5	0.29	0.06	1.33	.25
	ภายในกลุ่ม	332	14.71	0.04		
	รวม	337	15.00			
4. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.08	0.27	6.45*	.00
	ภายในกลุ่ม	333	13.92	0.02		
	รวม	337	15.00			
5. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.82	0.27	6.40*	.00
	ภายในกลุ่ม	334	14.18	0.04		
	รวม	337	15.00			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
6. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	0.03	0.01	0.35	.71
	ภายในกลุ่ม	335	14.97	0.04		
	รวม	337	15.00			
7. ระยะเวลาการเป็นโรค	ระหว่างกลุ่ม	3	0.33	0.11	2.47	.06
	ภายในกลุ่ม	334	14.68	0.04		
	รวม	337	15.01			
8. ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต	ระหว่างกลุ่ม	2	2.11	1.05	27.42*	.00
	ภายในกลุ่ม	335	12.89	0.03		
	รวม	337	15.01			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า

1. อายุ ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ดังปรากฏตามตาราง 9

2. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

3. ภูมิสำเนา ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีภูมิสำเนาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีภูมิสำเนาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกัน

4. อาชีพ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

5. รายได้ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

6. สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกัน

7. ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกัน

8. ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไต ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามารับดี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต

1. อายุ	$\bar{X}$	มากกว่า 69 ปี	60-69 ปี	น้อยกว่า 30 ปี	50-59 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี
		1.11	1.20	1.27	1.28	1.29	1.30
มากกว่า 69 ปี	1.11	-	0.09	0.16	0.17*	0.18*	0.19*
60-69 ปี	1.20		-	0.07	0.08	0.09	0.10*
น้อยกว่า 30 ปี	1.27			-	0.01	0.02	0.03
50-59 ปี	1.28				-	0.01	0.02
30-39 ปี	1.29					-	0.01
40-49 ปี	1.30						-

2. ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาหรือ เทียบเท่า	อุดมศึกษา
		1.18	1.22	1.27	1.33
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.18	-	0.04	0.09	0.15*
ประถมศึกษา	1.22		-	0.05	0.11*
มัธยมศึกษา หรือ เทียบเท่า	1.27			-	0.06*
อุดมศึกษา หรือ เทียบเท่า	1.33				-

ตาราง 9 (ต่อ)

		ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	รับจ้าง	เกษตรกรรม	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. อาชีพ	$\bar{X}$	1.19	1.22	1.26	1.27	1.34
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.19	-	0.03	0.07	0.08	0.15*
ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	1.22		-	0.04	0.05	0.12*
รับจ้าง	1.26			-	0.01	0.08*
เกษตรกรรม	1.27				-	0.07
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.34					-
4. รายได้เฉลี่ย	$\bar{X}$	น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	3,001-8,000 บาท/เดือน	8,001-13,000 บาท/เดือน	มากกว่า 13,000 บาท/เดือน
		1.20	1.24	1.31	1.32	
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	1.20	-	0.04	0.11*	0.12*	
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	1.24		-	0.07	0.08*	
8,001-13,000 บาทต่อเดือน	1.30			-	0.01	
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	1.32				-	
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในใจ	$\bar{X}$	ระดับควรปรับปรุง	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
		1.16	1.31	1.36		
ระดับควรปรับปรุง	1.16	-	0.15*	0.20*		
ระดับปานกลาง	1.31		-	0.05		
ระดับดี	1.36			-		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า

1. อายุ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีอายุ 40-49 ปี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุมากกว่า 69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุ 40-49 ปี 30-39 ปี และ 50-59 ปี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุมากกว่า 69 ปี

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีอายุ 40-49 ปี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุ 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุ 40-49 ปี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. อาชีพ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่ได้ประกอบ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ และอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ และอาชีพรับจ้าง ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

4. รายได้เฉลี่ย ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไต ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มาใช้บริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไตระดับดีและระดับปานกลาง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีความรู้ระดับควรปรับปรุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีระดับความรู้ระดับดีและระดับปานกลาง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบดี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโตและการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีภูมิฐานะต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไตต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในไตแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 2,207 ราย (สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี 2542 : ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 338 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น และมารับบริการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึงเดือน พฤษภาคม 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในไต และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในไตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ซึ่งมีลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต ซึ่งมีลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตามข้อถูก ข้อผิด จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก และไม่จริงทั้งหมด จำนวน 22 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และแบบทดสอบของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 338 ฉบับ นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS: Statistical Package for the Social Science) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย ตามลำดับ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต และการสนับสนุนทางสังคม และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต โดยหาคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของระดับการดูแลตนเอง และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะโรงพยาบาลรามาริบัติ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไต และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบค่าที (t-test) และทดสอบค่าเอฟ (F-test)

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 10 และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง เพื่อ

ทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ปรากฏผลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

1.1 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จำนวน 338 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.80 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.10 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.20 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรค 1-3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.30 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโต อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50 และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.20

1.2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

2. ผลการทดสอบสมมุติฐาน

2.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุ 40-49 ปี 30-39 ปี และ 50-59 ปี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 69 ปี และผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุ 40-49 ปี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุ 60-69 ปี

2.3 ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจในโตดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

2.4 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ และอาชีพรับจ้าง

2.6 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000-8,000 บาทต่อเดือน และผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

2.7 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีความรู้ระดับดีและระดับปานกลาง มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

2.10 ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนิ้วในไตไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคนิ้วในไตและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคนิ้วในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา จันทานิช (2541 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังใน

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 119) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และกิติมา จันทรโอ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะในการดูแลตนเองน้อย จึงอธิบายได้ว่าโรคนี้ในไตเป็นโรคที่มีความผิดปกติในไตที่ซ่อนตัวอยู่ในผู้ป่วยนานรอจนกว่าพยาธิสภาพจะรุนแรงมากพอที่จะแสดงอาการออกมา (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 16) ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเองในระยะแรกที่มีอาการ แม้ว่าโรคนี้ในไตเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หายขาด มีโอกาสเกิดนี้ซ้ำได้อีกก็ตาม จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1-3 ปี ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ไม่มีอาการเด่นชัดมากและบางครั้งผู้ป่วยมาด้วยปัญหาอื่น เช่น เบาหวาน ต้อกระจก มะเร็ง เป็นต้น และตรวจพบโดยบังเอิญว่าเป็นโรคนี้ในไต (ทวี ศิริวงศ์. 2537 : 137-145) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการเกิดโรคนี้ในไตมากกว่าโรคอื่น นอกจากนั้น การศึกษาค้นคว้ายังพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตขาดความสนใจที่จะแสวงหาความรู้เพื่อมาดูแลตนเอง ด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

2. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 185) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัสรา อาวรณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชมรมสูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังชายและหญิง มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-116) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกัน

กันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าเพศต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคนี้ในไต้หวันเป็นโรคที่เกิดได้ทั้งหญิงและชายที่พบได้ในทุกประเทศทั่วโลก เมื่อมีอาการของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคนี้ในไต้หวัน (สมนึก ดำรงกิจธรรม. 2538 : 9, 95-7) และทำให้เกิดการติดเชื้อนำมาสู่การเกิดไตฟิการจนกระทั่งถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าตนเองจะประสบเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าหญิงหรือชายมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไต้หวันไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคนี้ในไต้หวันที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไต้หวัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไต้หวันที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไต้หวันแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไต้หวันที่มีอายุ 40-49 ปี, อายุ 30-39 ปี อายุ 50-59 ปี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไต้หวันที่มีอายุมากกว่า 69 ปี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภิญโญคำ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้าและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช บุญยัง (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต ในคลินิกปลูกอวัยวะโรงพยาบาลรามารัตน์ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของตรีนาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-116) ได้ศึกษาสรีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจความสามารถในการเข้าใจ การตัดสินใจสิ่งต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem. 1985 : 255-256) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและสื่อต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40-59 ปี) เนื่องจากมีอายุมากขึ้นจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นและมีเวลาที่จะปฏิบัติตนในทางที่จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง เมื่อบุคคลยอมรับตนเองเจ็บป่วยจึงต้องดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน การอักเสบของไตและป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอายุมากกว่า 69 ปี ซึ่งเป็นวัยไม่ใกล้ฝั่งมีการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากการเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกายอาจทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตเกิดความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ในการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากรู้ว่าโรคนี้ในไตเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะรักษาหายแล้วจะมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้อีกจึงทำให้ผู้ป่วยนี้ในไตที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอคเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาและผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาดำ และสอดคล้องกับการศึกษาของชาร์ป, รอส และคอคเกอร์แฮม (Sharp, Ross & Cockerham. 1983 : 255-263) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 68) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพอใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ตรินาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 79) ได้ศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ว่าการศึกษาค้นคว้าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการค้นหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอนและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108-109) บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยดีกว่า บุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่าประมาทเพี้ยน สุวรรณ (2526 : 182) นอกจากนั้นการศึกษาจะนำไปสู่การเป็นคนที่มีสมบูรณ์ มีเหตุผลในการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยเพื่อแสวงหาความรู้ที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาต่ำ บางครั้งไม่อาจพัฒนาตนเองได้ เนื่องจากขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้เพิ่มพูน จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีภูมิสำเนาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีภูมิสำเนาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์ (2531 : 165) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเขต ที่อยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของกณณิกา มหัจฉริยพันธุ์ (2540 : 151) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าชั้นปีที่ 3 ผลการศึกษพบว่านักศึกษาพยาบาลสี่เหล่าที่มีภูมิสำเนาต่างกัน

มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัส ตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวรรณ ภาโคตร (2537 : 135) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยการุณย์ สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา เทศววงศ์ (2543 : 108) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ขออธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไตไม่ว่าจะพักอาศัยอยู่ในภูมิลำเนาต่างกัน อาจจะมีโอกาสสัมผัสปัจจัยต่างๆ ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันเป็นสังคมยุคการสื่อสารไร้พรมแดน ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีโอกาสได้รับข่าวสารเรื่องโรคนี้ในไตได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ หนังสือ วารสารต่างๆ ตลอดจนสถานบริการเกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นมากมาย ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุการเกิดโรคได้ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมาจากภูมิลำเนาต่างกัน ซึ่งปัญหาอาจมาจากปัจจัยด้านโภชนาการ ปัญหาด้านน้ำดื่มในชนบทซึ่งเป็นปัจจัยการเกิดโรคนี้ในไตได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีภูมิลำเนาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย พิทักษ์วรากร (2536 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาชีพรับจ้างกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับ

บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 56) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาลิลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า อาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 81-82) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ขอขยายได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ด้านเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 37) อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นอาชีพที่มั่นคงมีรายได้ที่แน่นอนและลักษณะงานไม่ตรากตรำเหมือนอาชีพอื่น ทำให้มีเวลาที่จะดูแลตนเองได้เหมาะสมหรือตามที่แพทย์แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพราะรู้ว่เมื่อมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะทำให้อาการโรคทุเลาและโอกาสที่จะเกิดนิวส์ซ้ำอีกเป็นไปได้ยาก ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ เป็นอาชีพที่มีเวลาไม่แน่นอน ต้องทำงานตลอด เพื่อให้ทันกับเวลาที่ตนรับจ้างหรือผู้ที่มาใช้บริการ ทำให้ขาดความสนใจการดูแลตนเองในเรื่องการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอดเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มียาได้สูง มีพฤติกรรมอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่มียาได้น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120) ได้ศึกษาลิลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัด

นนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของตริณาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิต ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 84) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิต ดังคำกล่าวของ แพนเดอร์ (Pender, 1982: 161-162) ที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้เหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและสังคมต่ำ ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่อเดือนสูง จะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำต้องทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ปัจจุบันอยู่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอย ทำให้โอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไต ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาถ (2537 : 117) ได้ศึกษาลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผน

ชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภากร กาญจนราช (2542 : 75) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดารากร แซ่ไคว่ (2535 : 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตราโน้ตส์และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สถานภาพสมรสคู่จะมีความพร่องในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก จากการศึกษาคั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตจะมีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย/หย่า/แยก ก็ไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพราะโรคนี้ในไตเป็นโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะต้องรักษาสุขภาพ หลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีอากาศร้อนจัด ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตจะต้องดูแลตนเองทั้งนั้น โดยผู้อื่นไม่สามารถมาควบคุมพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เลย ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตจะอยู่ในสถานภาพสมรสใดก็ตาม จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคที่ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารากร แซ่ไคว่ (2535 : 31) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตราโน้ตส์และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิดา นิรพัฒน์ (2543 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แครทท์ (Kalhet. 1978 : 109) กล่าวว่า ระยะเวลาในการรักษาที่นาน จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และยอมรับสภาพการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี จากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรค จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมหรือไตวาย และโอกาสเกิดนิ้วชา ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงพยาธิสภาพของการเกิดโรคนี้ในไตได้ ฉะนั้นระยะเวลาการเป็นโรคมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต เพราะธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้และปรับตัว บางครั้งจะต้องเผชิญปัญหาซึ่งเกิดจากการเป็นโรคนี้ในไต (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 139) ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน

10. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตในระดับดี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตดีกว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้ระดับปานกลาง และระดับควรปรับปรุง แสดงว่าความรู้มีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเอง เพราะความรู้เรื่องโรคนี้ในไต ที่ถูกต้องเป็นข้อมูลที่จะใช้ในการตัดสินใจว่าตนเองควรมีการดูแลตนเองอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตดี ย่อมเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคนี้ในไตนั้นเกิดจากอะไร และเมื่อเป็นแล้วจะมีการรักษาอย่างไร ซึ่งการมีความรู้และความเข้าใจโรคอย่างดีย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตเกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นมากขึ้นถ้าหากดูแลตนเองไม่ถูกต้อง นอกจากนี้โรคนี้ในไตเมื่อรักษาแล้วอาจมีโอกาสดังกล่าวได้อีก ซึ่งถ้ามีการดูแลตนเองไม่ดีอาจทำให้เกิดไตเสื่อมหรือภาวะไตวายได้ ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีความรู้ระดับควรปรับปรุงอาจไม่เข้าใจรายละเอียดในการเกิดโรคนี้ในไต และอันตรายของโรค เพราะไม่สนใจที่เฝ้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตให้เป็นไปตามการรักษาของแพทย์ จึงไม่เข้าใจว่าโรคที่เป็นอยู่ต้องมี

การดูแลตนเองให้ถูกต้องด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ต่างกันมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตแตกต่างกัน

11. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการสนับสนุนต่างสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในไตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของคอบบ์ (Cobb. 1976 : 306-313) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวดูดซับความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูงและมีการสนับสนุนทางสังคม จะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ทองเที่ยงดี (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียดสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคนี้ในไตอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ (กองสุขภาพ. 2542 : 3) โดยการให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจที่จะต่อสู้ และเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ถึงแม้ว่าจะมีการสนับสนุนทางสังคมมาน้อยเพียงใดก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยสร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง ทำให้ปรับตัวเผชิญปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) ได้กล่าวว่า การ

สนับสนุนทางสังคม มีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความห่วงใย ความรัก การให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (กองสุศึกษา. 2542 : 4) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตซึ่งรักษาหายแล้ว และมีการป้องกันตนเองมิให้กลับเป็นซ้ำอีก จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแล ตนเองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเลือกใช้สื่อการสอนสุศึกษาให้เหมาะสมกับสภาพและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต มีความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น
2. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นควรจัดให้มีการสอนสุศึกษาให้เพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น
3. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการสอนสุศึกษาในแนวลึกให้ชัดเจน ครบทุกด้านและทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตทราบและตระหนักถึงการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นต้น
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคหัวใจในโต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต มีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัณณิกา มหัตถจริยพันธ์. (2540). พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษา
พยาบาลสีเกล้า ชั้นปีที่ 3. ปรินซ์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปราน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และกิติมา จันทรโอ. (2542 : บทคัดย่อ). ภาวะในการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.
กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสามารถระหว่างปัจจัยบางประการ สนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สายวงศ์. (2542, มกราคม-มีนาคม). "การผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธี Anatomic
Nephrolithotomy," วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8(1) : 12.
- ดารากร แซ่ไคว้. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตราไนท์สและ
ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วย
CAPD. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ
ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทวี ศิริวงศ์. (2528). "โรคนี้ทางเดินปัสสาวะ," ใน การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการของ
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. หน้า 16-
25. ขอนแก่น : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- _____. (2537). โรคนี้ในไต. โรคไตคลินิกเล่ม 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. (2535). แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนก
ตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- ธวัชชัย คำทอง. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในตำบลเกาะ
นางคำ อำเภอบางบาล จังหวัดพิจิตร. ปริญญานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- นงนุช บุญยัง. (2536). ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยน
ไตในคลินิกปลูกอวัยวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภิบุญญาคำ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความกลัว ความซึมเศร้าและระดับการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่าย
เอกสาร.
- บั้งอร ชมเดช. (2537). สรีรวิทยาของระบบขับถ่ายปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ปิยนุช ปัญญาธิระ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2525). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. (2541). *ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม : แนวคิดและการประยุกต์*. มหาสารคาม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. (2530). "พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทกรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน," *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเองทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสมัย พิทักษาวรากร. (2536 : 97). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2534). *ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไพฑูรย์ คชเสนี, วีระ วิเศษสิน และสมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. (2537). *ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย : ระบบทางเดินปัสสาวะ*. กรุงเทพฯ : สยาม
สเตชันเนอรี ซัพพลายส์.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2540). *คู่มือการเขียนบทนิพนธ์*. กรุงเทพฯ : วิชัยพาณิชย์
และการพิมพ์.
- มุกดา สำนวนกลาง. (2534, มกราคม-เมษายน). การดูแลตนเอง : กระบวนการและกลวิธี
เสริมสร้างการดูแลตนเอง ใน *กองการพยาบาล*. 8(1) : 23-36.
- รัชสุริย์ จันทเพชร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรร
บางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษา
ด้วยยาและการควบคุมอาหาร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- วรรณช ฉัตรสุทธิพงศ์. (2538). *สรีรวิทยา*. กรุงเทพฯ : คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิต ศุกระแพทย์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัย
พื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- วรรณวรรณ ผาโคตร. (2537). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรค
ไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนัก
การแพทย์*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วันชัย นัยรักษ์เสรี. (2540, ตุลาคม). การสลายนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ. *วารสาร
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา*. 22(3) : 57.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช.

- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 8(3) : 9.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช*. ปรินิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- วิศิษฐ์ สิตปรีชา. (2528). *นิ้วในไต รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง โรคนิ้วทางเดินปัสสาวะ*. หน้า 40-45. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- วีระสิงห์ เมืองมัน. (2535). *การป้องกันโรคนิ้วในทางเดินปัสสาวะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : จุดทองการพิมพ์.
- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543, บทความย่อ). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542, มีนาคม). *การดูแลและ รักษา กลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรม และวิถีชีวิต. "การพยาบาลโรคเบาหวาน"*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินต์.
- สมทรง รัชเฝ้า. (2534, สิงหาคม). "การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน," *ข่าวการดูแลสุขภาพตนเอง*.
- สมนึก ดำรงกิจชัยธรรม. (2538). "นิ้วในทางเดินปัสสาวะ," *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*. 9 : 95-7.
- สัมพันธ์ หิณฐิระนันท์ และคนอื่นๆ. (2527). *การพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา*. กรุงเทพฯ : เอช.เอน. การพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ประจำปีงบประมาณ 2540*. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ.

- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). รายงานการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้การดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจภาวะการทำงาน ของประชากร) ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : อักษรไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). ประมวลสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศรุสภา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุธิดา นิรพัฒน์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรา เทศวงศ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณี นิลสกุลวัฒน์. (2540, กันยายน-ธันวาคม). "ความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยไต และบทบาทของพยาบาล," ราชบัณฑิตยบาลสาร. 3(3) : 330.
- สุเมธ มั่นทรงธรรม และนิพนธ์ สกุลคู่. (2541, ธันวาคม). "นั้ระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลหนองคาย," วารสารยูโร. 10(2) : 53.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา จังพานิช. (2541). แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- อัสรา อารณ. (2540). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินุณานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อารี วัลยะเสวี. (2528). โรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทย. ใน การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง โรคนี้ทางเดินปัสสาวะ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. หน้า 32-41, 114. ขอนแก่น : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- _____. (2530). Risk factors in Urolithiasis. สัมมนาแห่งชาติ เรื่องนี้ในทางเดินปัสสาวะ และ *Renal tubular Acidosis*. หน้า 219. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษณา สุวีระ. (2530). นี้ในทางเดินปัสสาวะ : Morbidity of Bilateral Renal Calculi. ใน สัมมนาแห่งชาติเรื่องนี้ในทางเดินปัสสาวะ และ *Renal Tubular Acidosis*. หน้า 27. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1975, January). Social Behavioral Determinations of Complicant with Health and Medical Care Recommendation. *Medical Care*. 13 : 10-20.
- Berkman, L. F. & Syme S. L. (1979, February). Social Network, Resistance and Mortality : A nine Year follow up Study of Alamedu Country Resident. *American Journal of Epidemiology*. 109(2) : 186-204.
- Blandy, & Williams, R. E. (1976). *Urology*. Oxford : Blackwell. Scientific Publications.
- Brown, M. A. (1986, February). Social Support, Stress & Health : A Dimentional or Construct. *Nursing Research*. 35(2) : 72-76.
- Cobb, S. (1976, September-October). *Social Support as a Modulator of Life Stress*. *Psychosomatic Medicine*. 38 : 300-314.
- Cockerham, W. C. (1982). *Medical Sociology*. 2rd ed. New Jersey: Engler Wood Cliffs : Prentice-Hall Inc.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985, February). *Stress Social Support and The Buffering Hypothesis*. *Psychological Bulletin*. 98 : 310-353.

- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychology Testing*. 3rd ed. New York : Herper & Row.
- Diamond, L. A. & Jones, S. L. (1983). *Chronic Illness Across The Life Span*. Connecticut: Appleton-Century Crofts.
- Drack, G. W. (1986). *Urinary Lithiasis*. Philadelphia : W. B. Saunders. Co.
- Gaurash, N. and others. (1987, March). Help-Seeking : A Review of The literature. *American Journal of Community Psychology*. 413-423.
- Gothieb, B. H. (1985, Spring). "Social Network and Social Support : An Over View of Research. Practice and Policy Implication," *Health Education Quarterly*. 12 : 5-22.
- Harris, D. M. & Guten Sharon. (1979, March). "Health Promotion Behavior : An Exploratory Study," *Journal of Health and Social Behavior*. 20 : 28.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Phillipines : Addison-Weslay Publishing, Inc.
- House, J. S. and others. (1985). *Social Support and Health*. Academic. Press, Inc.
- Jalowice, A. & Power, M. J. (1981). Stress and Coping Hypertensive and Emergency Rom Patient. *Nursing Research*. 30 : 10-15.
- Joseph, L. S. (1981, March). "Self-Care and the Nursing Process," *The Nursing Clinics of North America*. 18 : 131-143.
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). "Health Behavior, Illness Behavior," *Archive Environmental Health*. 12 : 246-264.
- Kathet F. J. (1978). "Thirty Years of Research of the Subjective well being of Older," *American Journal of Gerontology*. 25 : 109.
- Kutner, N. G. & Cardenas, D. A. (1981, February). "Rehabilitation Status of Chronic Renal Disease Patient Undergoing Dialysis : Ariations by Age Category," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 62 : 626-631.
- Langlie, J. K. (1977, Septembers). "Social Network, Health Belief and Preventive Health Behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 18 : 244-260.
- Levin, L. S. (1976, March). Self-Care. *American Journal of Nursing*. 79 : 478-489.

- Lakkarinen, H. and others. (1997). "Self-Care Agency and factors-related to this agency among patients with Coronary Heart Disease," *International Journal of Nursing Studies*. 34(4) : 295-304.
- Muhlenkamp, A. F. & Broerman. (1988). "Health Beliefs Health Value and Positive Health Behaviors," *Western Journal of Nursing Research*. 10 : 637-646.
- Muhlenkamp, A. F. & Sayles, J. A. P. (1986, November-December). "Health Beliefs Health Value and Positive Health Behaviors," *Western Journal of Nursing Research*. 10 : 637-646.
- Norris, C. M. (1976, March). "Self Care," *American Journal of Nursing*. 79 : 486-489.
- Olsson, C. A. (1986). *Anatomy of Upper Urinary Tract Urology*. Philadelphia : W. B. Saunders. Co.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. 3rd ed New York : McGraw-Hill. Book Co.
- _____. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis : Mosby-Year Book Co.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton-Century Crofts.
- _____. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Robertson, W. G. (1984). *Urolithiasis : Epidemiology and Pathogenesis in Tropical Urology and Renal Disease*. 32 : 131-143.
- Schaefer, L. C. and others. (1986, March-April). "Supportive and Nonsupportive Family Behaviors : Relationship to Adherence and Metabolic Control in Persons with Type I Diabetes," *Diabetes Care*. 7 : 179-185.
- Sharp, Ross & Cockerham. (1983). "Symptoms, Beliefs and Use of Physician services among the Disadvantaged," *Journal of Health and Social Behavior*. 24 : 255-263.
- Speake, D. L. (1987, November-December). "Health Promotion Activity in the well Elderly," *Health Values*. 11 : 25-30.

- Thoits, P. A. (1982). "Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as Buffer Against Life Stress," *Journal of Health and Social Behavior*. 23 : 145-159.
- Tilden, V. P. & Weinert, C. (1987). "Social Support and the Chronically Ill individual," *Nursing Clinics of North America*. 22 : 613-629.
- Tilden, V. P. (1985, June). Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in The Construction of Nursing Theory. *Research in Nursing and Health*.
- To, Lin & Ba, Ngah. (1991, August). "The Meulakab Hypertensive Study Project Part II Why do Hypertensives drop out of Treatment.?", *Singapore Medical Journal*. 4(8) : 32.
- Vander, A. J. (1991). *Renal Physiology*. 4th ed. McGraw-Hill Book Co.
- Walker, and other. (1987, March-April). "The Health Promotion Life Style Profile : Development and Psychometric Characteristics," *Nursing Research*. 36 : 76-81.
- Weiss, G. L. & Longnist, L. E. (1994). *The Sociology of Health and Illness*. USA: Prentice. Hall, Inc.
- Yamane, Taro. (1968). *Statistics - An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือขออนุญาตทดลองแบบสอบถาม

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการทำวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลจันทร์เทวี
 อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วีระสิงห์ เมืองมัน
 อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตนา มาศเกษม
 อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายพร รัตนเรืองวัฒนา
 อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์รุ่งทิพย์ จามรมาน
 อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๑๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/ว ๔๔/๓

วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ธาดา วิมลวัตรเวทย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๗ ๕๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไคที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์นายแพทย์วีระสิงห์ เมืองม่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาสเกษม ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายพร รัตนเรืองวัฒนา และ อาจารย์รุ่งทิพย์ จามรमान เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไคที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



ที่ ทม ๑๑๑๒/ ๔๖๖๘

บัณฑิตวิทยาลัย

125

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒ ธันวาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวศศิธร เจริญบุรณ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารด และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตให้สถานที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ และขอให้ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ ในระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๔๓ - มกราคม ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวศศิธร เจริญบุรณ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๖๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/๘๘๓



บัณฑิตวิทยาลัย

126

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบปัสสาวะแล้วว่าเป็นโรคหัวใจ และหลังจากได้รับการรักษาที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ จำนวน ๓๕๐ ราย หน่วยตรวจคัดสรรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามในการวิจัย

ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
เฉลยคำตอบของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคนี้ในไต จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามที่

เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิก
โรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามารับดี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไต
- ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคนี้ในไต
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามารับดี โดยการนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปศึกษา ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามชุดนี้จะไม่มีการเผยแพร่ใดๆ กับท่าน

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่าน ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้

ศศิธร เจริญบูรณ์
ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และหรือเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
 - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - ☐ ประถมศึกษา
 - ☐ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
 - ☐ อุดมศึกษา หรือเทียบเท่า
4. ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด
 - ☐ กรุงเทพฯ ☐ ภาคกลาง ☐ ภาคเหนือ
 - ☐ ภาคใต้ ☐ ภาคตะวันออก ☐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
5. อาชีพ
 - ☐ ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ☐ ค้าขายหรือธุรกิจ
 - ☐ เกษตรกรรม
 - ☐ รับจ้าง
 - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6. รายได้
 - ☐ น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
 - ☐ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน
 - ☐ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน
 - ☐ มากกว่า 13,001 บาทต่อเดือน
7. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด ☐ คู่
 - ☐ หม้าย/หย่า/แยก
8. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนีวในไทมานาน เดือน ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการดูแลตนเอง ไม่มีคำตอบใดเป็นข้อถูกหรือผิด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติตนของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านทำไม่สม่ำเสมอ
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป			
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และหมุนเวียนชนิดของอาหารที่รับประทาน			
2. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 12 แก้ว			
3. ท่านดื่มน้ำกระเจี๊ยบหรือหญ้าหนวดแมว หรือน้ำสมุนไพรอื่นๆ			
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา			
5. ท่านรับประทานอาหารโปรตีนจากพืชตระกูลถั่วหรือเต้าหู้			
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีใยพืชมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว เมล็ดแมงลัก เป็นต้น			
7. ท่านรับประทานผักใบเขียวจัด เช่น กระโถน ผักโขม ใบชะพลู ใบมันสำปะหลัง เป็นต้น			
8. ท่านรับประทานหน่อ/ยอดไม้ เช่น หน่อไม้ไผ่ตง ยอดกระถิน			
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือกายบริหารหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยวันละ 1/2 - 1 ชั่วโมง			
10. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ			
11. ท่านสามารถประกอบอาชีพได้ในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในไต			
12. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายภายหลังได้รับการรักษา			
13. ท่านหาวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคนี้ในไต เช่น คั่งน้ำมาก			
14. ท่านหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคนี้ในไตหรือผู้ที่มีประสบการณ์			
15. ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในไต			
16. เมื่อท่านเผชิญปัญหาต่างๆ ค่อยๆ คิด ไม่วิตกกังวลมากนัก			
การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ			
17. ท่านรีบไปพบแพทย์เมื่อมีไข้หนาวสั่น			
18. ท่านรีบไปพบแพทย์เมื่อถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะขุ่น/มีเม็ดกรวดทรายปนมากับปัสสาวะ			
19. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดรุนแรงบริเวณนั้นเอง			
20. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
21. ท่านรับประทานยาครบทุกมื้อ			
22. ท่านมาพบแพทย์ก่อนการนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ			
23. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด			
24. ท่านปรึกษาแพทย์/พยาบาล ถึงวิธีการปฏิบัติตนเมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคนี้ในไต			
25. ท่านสนใจดูแลสุขภาพตนเอง			

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคนี้ในไต

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องถูก ถ้าท่านเห็นว่าข้อความถูกต้อง ข้อความในข้อใดที่ท่านเห็นว่าผิด ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผิด และข้อความในข้อใดที่ท่านไม่ทราบให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่ทราบ

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. หน้าที่ของไตได้แก่การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย			
2. ก้อนนิ่วเมื่อก่อตัวใหม่ๆ จะอยู่ที่บริเวณกรวยไต แล้วพอกพูนเป็นนิ่วในไต			
3. การดื่มน้ำสะอาดวันละ 12 แก้ว เป็นการขับถ่ายสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการออกทางปัสสาวะ			
4. การดื่มน้ำประปา ทำให้เกิดโรคนี้ในไต			
5. การรับประทานอาหารพวกถั่ว ข้าวโพด เมล็ดพืชทอง มีโอกาสเกิดโรคนี้ในไต			
6. โรคความพิการของไต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคนี้ในไต			
7. ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีโอกาสเกิดโรคนี้ในไตได้			
8. โรคนี้ในไตอาจเกิดได้กับผู้ที่เป็นโรคเก๊าท์			
9. ผู้ที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น เครื่องในสัตว์ มีโอกาสเกิดโรคนี้ในไต			
10. นิ่วในไตถ้าเป็นแล้วไม่ต้องรักษาจะหายเอง			
11. กรดยูริกมีมากในอาหารพวกเครื่องในสัตว์และเบียร์			
12. โรคนี้ในไตรักษาได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค ชนิดและขนาดของนิ่ว			
13. อาการแทรกซ้อนของโรคนี้ในไต ได้แก่ ไตอักเสบหรือไตเสื่อม			
14. ผู้ที่เคยเป็นโรคนี้ในไต จะมีโอกาสเกิดนิ่วซ้ำได้อีก			
15. การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 12 แก้ว และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นวิธีป้องกันการเกิดโรคนี้ในไต			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใด หลังทราบว่าท่านเป็นโรคนี้ในไต โดยอ่านข้อความจากตารางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามข้อความดังกล่าวแล้วมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

- | | | |
|--------------------|---------|---|
| จริงทั้งหมด | หมายถึง | ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของตนเองทุกประการ |
| จริงเป็นส่วนมาก | หมายถึง | ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของตนเองเป็นส่วนมาก |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน |
| ไม่จริงเป็นส่วนมาก | หมายถึง | ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่านเพียงเล็กน้อย |
| ไม่จริงทั้งหมด | หมายถึง | ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน |

ข้อความ	จริงทั้งหมด	จริงเป็นส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริงเป็นส่วนมาก	ไม่จริงทั้งหมด
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/เพื่อน					
2. ท่านได้รับการปลอบใจจากบุคคลในครอบครัว เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
3. บุคคลในครอบครัวไม่สนใจที่จะซักถามเกี่ยวกับโรคของท่าน					
4. บุคคลในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น และมีความมั่นใจ					

ข้อความ	จริงทั้งหมด	จริงเป็นส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริงเป็นส่วนมาก	ไม่จริงทั้งหมด
5. ท่านไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเมื่อท่านเจ็บป่วย					
6. บุคคลในครอบครัวไม่สนใจ เมื่อท่านพูดถึงถึงโรคของท่าน					
การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานหรือบริการ					
7. บุคคลในครอบครัวช่วยอำนวยความสะดวกในการไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
8. บุคคลในครอบครัวของท่านช่วยแบ่งเบาภาระในการทำงานของท่านระหว่างที่ท่านเจ็บป่วย					
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ / พยาบาลในเรื่องคำรักษาพยาบาล					
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองจากบุคคลในครอบครัว					
11. บุคคลในครอบครัวซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมาให้รับประทานในขณะที่ท่านเจ็บป่วย					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
12. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตจากวิทยุหรือโทรทัศน์					
13. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคนี้ในไต ท่านจะถามผู้อื่นหรือหาหนังสืออ่าน					
14. บุคคลในครอบครัวหาเอกสารเกี่ยวกับโรคนี้ในไตมาให้ท่าน					
15. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคนี้ในไตจากเพื่อนหรือผู้ป่วยโรคนี้ในไตด้วยกัน					
16. แพทย์หรือพยาบาลแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติคนเรื่องโรคนี้ในไตแก่ท่าน เช่น แผ่นพับ วารสาร หนังสือ					

ข้อความ	จริงทั้งหมด	จริงเป็นส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริงเป็นส่วนมาก	ไม่จริงทั้งหมด
17. บุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ท่าน					
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า					
18. บุคคลในครอบครัวชมเชยความสามารถในการดูแลตนเองของท่าน					
19. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำมากๆ					
20. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน					
21. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์					
22. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล					

ตาราง 10 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้โรคนี้ในไต

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.71	0.24
2	0.53	0.20
3	0.71	0.24
4	0.35	0.16
5	0.38	0.39
6	0.36	0.22
7	0.51	0.32
8	0.30	0.20
9	0.20	0.50
10	0.26	0.20
11	0.33	0.53
12	0.78	0.17
13	0.50	0.19
14	0.64	0.40
15	0.68	0.42

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.68

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกการดูแลตนเอง	ค่าอำนาจจำแนกการสนับสนุนทางสังคม
1	0.42	0.35
2	0.55	0.46
3	0.41	0.19
4	0.26	0.43
5	0.33	0.21
6	0.27	0.30
7	0.18	0.46
8	0.26	0.37
9	0.33	0.13
10	0.21	0.36
11	0.19	0.38
12	0.20	0.21
13	0.43	0.45
14	0.30	0.61
15	0.23	0.39
16	0.18	0.25
17	0.15	0.63
18	0.16	0.42
19	0.19	0.48
20	0.16	0.44
21	0.16	0.34
22	0.20	0.41
23	0.21	
24	0.44	
25	0.24	

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.61

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.82

ตาราง คำตอบที่ถูกต้องของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในได้

ข้อ	คำตอบที่ถูกต้อง	
	ถูก	ผิด
1	✓	
2	✓	
3	✓	
4		✓
5		✓
6	✓	
7		✓
8	✓	
9	✓	
10		✓
11	✓	
12	✓	
13	✓	
14	✓	
15	✓	

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวศศิธร เจริญบุรณ์
วันเดือนปีเกิด	14 กรกฎาคม 2488
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 38/56 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
ตำแหน่งหน้าที่การทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 8
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2508	เตรียมอุดมศึกษา จากโรงเรียนสตรีมหาพฤฒาราม
พ.ศ. 2512	อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2520	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร