

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มกราคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก”
ของ นางสาวศรสวรรค์ สุวรรณภักดิ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ)


.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กীরตสิโรจน์)

อนุมัติ


.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

13 ม.ค. 2563

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ดร.อาทิตยา วัจวนสินธุ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กীরตสิโรจน์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่กรุณาให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่าในการต่อยอดเพื่อให้ประโยชน์และพัฒนาเป็นชิ้นงานคุณภาพสืบต่อไปในภายภาคหน้า

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน, ดร.สรัญญา ถีบัวม ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน, นางนวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลก คุณศศิญา ช่างพินิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคุณจันทรีจิรา สิงห์คง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รวมถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรอาสาสมัครชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและกรุณาให้ใช้พื้นที่ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการทำการศึกษานี้

ขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลกทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด เหนือสิ่งอื่นใด

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่เป็นอีกแรงสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ บรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวที่วางไว้

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มี
พระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่า งานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมและ
ป้องกันโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย และผู้ที่สนใจทุกท่าน

ศรสวรรค์ สุวรรณภักดี



ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ศรสวรรค์ สุวรรณภักดี
สถานที่ปรึกษา	ดร. อาทิตยา วัฒนสินธุ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562
คำสำคัญ	การชะลอไตเสื่อม พฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 1 – 3 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 207 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 55 -70 ปี ร้อยละ 60.2 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.7 มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 99 มีระดับ HbA1C < 7% ร้อยละ 57.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 10.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม ($\beta=0.725$, $p < 0.006$), ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ($\beta=-1.902$, $p < 0.001$), การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม ($\beta = 0.619$, $p < 0.013$) โดยสามารถอธิบายการผันพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ได้ร้อยละ 24.3 ($R^2 = .232$, $F = 21.532$, $p\text{-value} < .001$)

Title FACTORS AFFECTING TO SELF-CARE BEHAVIORS FOR
REDUCE RENAL FAILURE AMONG TYPE 2 DIABETIC
PATIENTS, PLAK RAET SUB-DISTRICT, BANG RAKAM
DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE

Author Sornsawan Suwanpukdee

Advisor Artittaya Wangwonsin, Dr. P.H.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2019

Keywords Kidney degeneration, Behavior, Type 2 diabetes mellitus

ABSTRACT

This study aimed to study self-care behavior for reduce renal failure and factors affecting to self-care behaviors for reduce renal failure among type 2 diabetes patients. Plak Raem Subdistrict, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. The 207 samples with type 2 diabetes mellitus patients were self-administration questionnaires. Descriptive statistic were used to analyze the frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistic were used to analyze the multiple regression

The results showed that most of the samples were female 70%, aged between 55-70 years 60.2 %, 94.7% of them were elementary school, 99 % had a period of diabetes from 1 to 5 years, HbA1c<7 had 57.3%. The self-care behaviors for reduce renal failure had medium level 89.3%. The factors had affecting to self-care behaviors for reduce renal failure were social support ($\beta = 0.725$, $p < 0.006$), duration of diabetes ($\beta = -1.902$, $p < 0.001$) and self-efficacy perception ($\beta = 0.619$, $p < 0.001$). Altogether were predict self-care behaviors for reduce renal failure 24.3% ($R^2 = .232$, $F = 21.532$, p -value $< .001$)

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ข้อจำกัดของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคเบาหวาน	8
โรคไตเสื่อม	27
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	39
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม	42
ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
สรุปปัจจัยที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะไตเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรม	52
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
กลุ่มประชากร	54
กลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	63
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล	64
ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ	65
ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม	65
ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้เรื่องโรคไตเสื่อม.....	67
ผลการวิเคราะห์คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม.....	75
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณ สร้างสมการพยากรณ์ พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ (Multiple Regression Analysis)	78
5 บทสรุป.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	83
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณ	85
อภิปรายผลการวิจัย	85
ข้อเสนอแนะการวิจัย	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	97
ประวัติผู้วิจัย.....	112

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในทะเบียนโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ...	55
2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามข้อมูลส่วนบุคคล	64
3 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามข้อมูลส่วนสถานะทางสุขภาพ	65
4 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม	66
5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคไตเสื่อม..	66
6 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	68
7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไตเสื่อมรายชื่อ	68
8 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	69
9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงต่อ การเกิดโรคไตเสื่อมรายชื่อ	70
10 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม	71
11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกัน การเกิดโรคไตเสื่อมรายชื่อ	71
12 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม	72
13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อมรายชื่อ	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม 74
15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้แรงสนับสนุน ทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม รายชื่อ 74
16	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม 75
17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการชะลอ ไตเสื่อมรายชื่อ 76
18	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) 78
19	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน โรคไตเสื่อม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองใน การป้องกันโรคไตเสื่อมกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง 81
20	แสดงการจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น 108

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	53
2 แสดง Sumggg: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ค่าความคาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ)	109
3 แสดง Sumggg: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่)	110



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของการวิจัย

ไตเสื่อม (Kidney disease) หมายถึง สภาวะที่ไตถูกทำลายมีผลให้ความสามารถของไตในการทำงานลดลง ทำให้การรักษาสมดุลของเหลวภายในร่างกาย ได้แก่ การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่างๆ ในเลือด การกำจัดของเสียออกจากเลือด การกำจัดยาและพิษออกจากร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือดลดลงตามไปด้วย การวินิจฉัยภาวะไตเสื่อมใช้ค่า Creatinine: Cr ที่ได้จากการตรวจเลือด นำมาคำนวณโดยใช้สูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation) เพื่อดูอัตราที่เลือดไหลผ่านไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) นอกจากนี้ ยังสามารถตรวจความผิดปกติของไตได้จากการตรวจปัสสาวะและการตรวจทางรังสีวิทยา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ภาวะไตเสื่อมแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 1 ไตยังสามารถทำงานได้ปกติ แต่จะตรวจพบความผิดปกติของไต ปัสสาวะมีตะกอน หรืออาจเรียกได้ว่า ไตเริ่มผิดปกติ โดยมีค่าการทำงานของไต eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ระยะที่ 2 ไตเริ่มถูกทำลาย อัตราการกรองของเสียลดลง หรือไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น โดยมีค่าการทำงานของไต eGFR = 60 - 89 % ระยะที่ 3 ไตเสื่อม อัตราการกรองของเสียลดลงปานกลาง หรือไตเสื่อมระยะปานกลาง โดยมีค่าการทำงานของไต eGFR = 30 - 59 % ระยะที่ 4 ไตเริ่มเสื่อม อัตราการกรองของเสียลดลงมาก หรือไตเสื่อมเป็นมาก โดยมีค่ากำหนดการทำงานของไตคือ eGFR = 15 - 29 % ระยะที่ 5 ไตเสื่อมระยะสุดท้าย โดยมีค่ากำหนดการทำงานของไตคือ eGFR = < 15 % (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

สถิติทั่วโลกพบมีจำนวนยอดผู้เสียชีวิตจากการเป็นโรคไตเสื่อมทั้งหมดสูงถึง ร้อยละ 63 โดยร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization, 2009) โดยมีความชุกของโรคไตเสื่อมอยู่ในระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 2.9 - 13 จากประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้มีสาเหตุจากการเกิดโรคไตเสื่อมส่วนใหญ่มาจาก 1) โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.3 2) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 3) ภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตัน ร้อยละ 4.79 และ 4) โรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ ร้อยละ 2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สถิติประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคไตเสื่อม ร้อยละ 17.5 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน ซึ่งป่วยในระยะสุดท้ายสูงถึง 200,000 คน เฉลี่ยปีละ 7,800 ราย มีอัตราการเปลี่ยนไตใหม่ จำนวน 40,000 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายปีละ 200,000 บาท/คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2560

จะมียอดผู้เสียชีวิตจากโรคไตเสื่อม 13,536 คน ประมาณ 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี (สำนักรโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไตเสื่อมในจังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2551 - 2555 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคไตเสื่อม ร้อยละ 27.3, 27.42, 30.64, 33.23 และ 36.90 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยอำเภอบางกระทุ่ม มีอัตราป่วยโรคไตเสื่อมระดับ 1 - 5 จากกลุ่มโรคเรื้อรัง สูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด พบ ร้อยละ 93.05 รองลงมาเป็นอำเภอบางระกำ อัตราป่วยโรคไตเสื่อม ร้อยละ 92.81 และอำเภอเนินมะปราง พบอัตราป่วยโรคไตเสื่อมสูงเป็นอันดับที่สาม ร้อยละ 92.17 และเมื่อศึกษาอัตราป่วยด้วยโรคไตเสื่อมในระดับอำเภอ บางระกำ พบตำบลปลักแรด สูงเป็นอันดับหนึ่งของอำเภอบางระกำ พบ ร้อยละ 95.38 รองลงมา เป็นตำบลหนองนา พบ ร้อยละ 95.36 และตำบลพันเสา พบ ร้อยละ 94 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก, 2559) ข้อมูลในพื้นที่ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อม เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 91.2 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.79 ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวปี 2557-2559 พบภาวะไตเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 1 - 3 ร้อยละ 18.33, 37.31 และ 96.27 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปลักแรด, 2559)

โรคเบาหวานมีลักษณะเฉพาะของที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรคเบาหวาน เป็นผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่ไต และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรงด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่นำไปสู่การมีโปรตีนในปัสสาวะและภาวะไตวายในที่สุด นอกจากนี้ ปัจจัยด้านพันธุกรรมก็มีบทบาทเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางไตมิได้เกิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทุกคน พบประมาณ ร้อยละ 10-20 เท่านั้น ผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิน 10 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี 2) มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว 3) มีพี่น้องเป็นโรคไตจากโรคเบาหวาน 4) มีความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิมหรือมีภาวะความดันโลหิตสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2553) ลักษณะเฉพาะเช่นนี้ทำให้พบภาวะไตเสื่อมในโรคเบาหวาน

โรคไตเสื่อมสามารถป้องกันได้โดยวิธีการป้องกันไตเสื่อม ได้แก่ 1) ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ในกลุ่มคนที่เริ่มมีไตเสื่อม ต้องควบคุมอาหารประเภทโปรตีน เกลือและโคเลสเตอรอล 4) ลดการสูบบุหรี่ 5) ห้ามใช้ยาเกินขนาด หรือยาที่มีพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดข้อ คลายเส้น ฯลฯ 6) รักษาเรื่องโลหิตจางที่เกิดจาก

โรคไต 7) หลีกเลียงอาหารประเภทถั่วในคนที่มึ่ระดับฟอสเฟตในเลือดสูง หรือผลไม้บางชนิดในคนที่มึ่ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เช่น ขนุน ลำไย ทูเรียน 8) บั่องกันไม่ให้ทางเดินปัสสาวะติดเข็้ออักเสบบ่อยๆ 9) ใ้ช้ยาขับปัสสาวะเท่าที่จำเป็น และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์เสมอ 10) ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก (ทวิ ศิริวงศ์, 2555) ดังนั้นหากจะลดความเสี่ยงหรือชะลอไตเสื่อมได้ต้องมีข้อมูลที่สามารถเป็นหลักฐานบ่งชี้เชิงประจักษ์ โดยเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไตเสื่อมในผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะไตเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ (กมลวรรณ สาระ, 2559; รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร์ และคณะ, 2558), อายุ (กมลวรรณ สาระ, 2559; สุพิชา อัจคิดการ และคณะ, 2554; ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558; รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร์ และคณะ, 2558; สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ, 2559), โรคร่วม (กมลวรรณ สาระ, 2559; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2559), รายได้ (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558), ระดับการศึกษา (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558) และความรู้ (สุพิชา อัจคิดการ และคณะ, 2554; อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2558; วิชาวรรณ อะสงค์, 2558; อภิญญา บ้านกลาง และคณะ, 2559), ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระดับ HbA1c การควบคุมระดับความดันโลหิต และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน (รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร์ และคณะ, 2558; อาทิตยา ัจฉวินธุ์, 2561), ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (สุพิชา อัจคิดการ และคณะ, 2554; ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558), การรับรู้ความรุนแรง (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558), การรับรู้ประโยชน์ (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558; สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ, 2559), การรับรู้ความสามารถตนเอง (กังสดาล หาญไพบุลย์ และคณะ, 2562) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง, ปัจจัยด้านการสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (สุพิชา อัจคิดการ และคณะ, 2554; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2558; วิชาวรรณ อะสงค์, 2558; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2559; กังสดาล หาญไพบุลย์ และคณะ, 2562)

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ด้วยการทบทวนวรรณกรรมการใช้ทฤษฎี Health belief model and Social support เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการบริการ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดไตเสื่อม ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวทำให้ทราบว่าในพื้นที่ตำบลปลักแรดยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำแนวคิดมาเป็นกรอบในการศึกษาเชื่อว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) รวมถึงอาศัย

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) (House, 1985) ในการช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ดีต่อการชะลอไตเสื่อม ทั้งนี้จึงได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนและการส่งเสริมป้องกันการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ตรงประเด็นและเหมาะสมกับความต้องการของผู้มารับบริการให้สามารถทำการฟื้นฟูสุขภาพให้กับมาปกติให้มากที่สุด

จากข้อมูลทีกล่าวมา พบว่า อำเภอบางระกำมีภาวะไตเสื่อมสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดพิษณุโลก และตำบลปลักแรดมีภาวะไตเสื่อมสูงเป็นอันดับ 1 ของอำเภอบางระกำ โดยพบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะไตเสื่อมสูง ถึงร้อยละ 90 ในกลุ่มผู้ป่วย NCD แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมมีน้อยมาก ถึงแม้จะมีการให้คำแนะนำจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพทุกครั้งที่มารับบริการในวันคลินิกเบาหวาน ดังนั้น การศึกษาวิจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จะช่วยให้ได้ข้อมูล ที่สำคัญในการนำมาวางแผนป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดความสูญเสีย ค่าใช้จ่าย ลดภาวะโรคหรือความพิการที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะไตที่ 1 – 3 เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ยังสามารถชะลอไตเสื่อมไม่ให้มีระยะไตที่สูงขึ้น และยังสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เกิดประสิทธิภาพได้ดีกว่าในระยะไตที่ 4 – 5

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ระยะ 1 - 3

ขอบเขตด้านระยะเวลา ศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561

ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจการทำงานของไต (Cr) ที่มีค่า eGFR อยู่ใน stage 1 – 3 ของตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ที่อยู่ในฐานข้อมูลของการรับบริการในทะเบียนโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรดเท่านั้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ไตเสื่อม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกมีการสูญเสียเนื้อไตและมีการเสื่อมของไต ซึ่งสามารถตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของไต จากข้อมูลการตรวจเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อดูค่า Creatinine และคำนวณหาค่า eGFR โดยมีสูตรดังนี้

ผู้หญิง eGFR (ml/min) (140-อายุ (ปี) × น้ำหนัก (ก.ก)) × 0.85 / 72 × Cr (mg/dl)

ผู้ชาย eGFR (ml/min) (140-อายุ (ปี) × น้ำหนัก (ก.ก)) / 72 × Cr (mg/dl)

ซึ่งจากการคำนวณสามารถแบ่งไตออกเป็น 5 ระยะระยะที่ 1 - 5 ซึ่ง

stage 1 = eGFR 90 - 119 ml/min 90% ไตเริ่มผิดปกติ

stage 2 = eGFR 60 - 89 ml/min 60 - 89 % ไตเสื่อมระยะเริ่มต้น

stage 3 = eGFR 30 - 59 ml/min 30 - 59 % ไตเสื่อมระยะปานกลาง

ในงานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะไตเสื่อม 1 - 3

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติตั้งแต่ 126 mg/dl ขึ้นไป หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง

ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม หมายถึง องค์ความรู้ ความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา การสังเกตอาการ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อการชะลอไตให้ช้าลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโอกาสหรือผลเสียหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีผลกระทบต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดหรือไม่เกิดโรคไตเสื่อม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เกี่ยวกับความรุนแรงของการเป็นโรคไตเสื่อมที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว

การรับรู้ประโยชน์ในการชะลอไตเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เกี่ยวกับผลดีที่จะเกิดขึ้น หากมีพฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม

การรับรู้ความสามารถในตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมได้อย่างบรรลุเป้าหมาย

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนการกระทำในด้านความช่วยเหลือที่ส่งผลดีต่อพฤติกรรมของตนเองจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ, ครอบครัว, บุคคลที่เป็นโรคที่อยู่รอบข้างของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำแนวทางที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ผ่านการสนับสนุนทางด้านจิตใจที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น

พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นการกระทำเพื่อชะลอไตเสื่อม ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ผู้ป่วยยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่มีระยะไตเสื่อม 1 – 3 ได้แก่ วิธีการดูแลตนเองในเรื่องของการควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมอาหารที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อม การควบคุมเกลือในอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมระดับไขมันในเส้นเลือด

ด้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และด้านปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เห็นแนวทางในการศึกษาได้ชัดเจนมากขึ้น โดยการทบทวนองค์ความรู้ ดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. โรคไตเสื่อม
3. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม
5. ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุบบัญชีที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะไตเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรม
8. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคเบาหวาน

ความหมาย โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแป้งและน้ำตาลมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงหรือสร้างไม่ได้ หรือสร้างได้แต่ฮอร์โมนออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งฮอร์โมนอินซูลินมีหน้าที่หลักคือเผาผลาญประเภทข้าว แป้งและน้ำตาล และมีส่วนช่วยในการรักษาระดับการเผาผลาญอาหารประเภทไขมัน และโปรตีน (นิตยา พันธุเวชย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์ โรคเบาหวานในปัจจุบันอยู่ในภาวะวิกฤติและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 50 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็นกว่า 170 ล้านคน ในขณะนี้ และมีการทำนายว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคน ใน ปี พ.ศ. 2568 จึงเป็นความท้าทายของงานสาธารณสุขยุคศตวรรษที่

21 นี้เป็นอย่างยิ่งในการควบคุมป้องกันภาวะโรคนี้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ตั้งแต่ปี 2003 ถึง 2005 ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 71 และในปลายปี 2007 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 344 ล้านคน สำหรับประเทศไทยแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยเบาหวานปีละ 2 หมื่นคน ความชุกของเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีร้อยละ 9.6 และร้อยละ 50 ของผู้เป็นเบาหวานเหล่านี้ไม่ทราบว่าตนเองมีเบาหวาน ดังนั้น กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยจึงสูญเสียโอกาสในการทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันและรักษา (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชวี อามสุวรรณ, 2553)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจุบันคนที่วัย 35 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นเบาหวานมากถึง 2.4 ล้านคน นอกจากนั้น ยังพบว่า เมื่ออายุสูงขึ้นมีโอกาสเป็นเบาหวานมากขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกและจำนวนผู้เป็นเบาหวานสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวานจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ มากมาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หัวใจ หลอดเลือดและเส้นประสาททั่วร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานจะกังวลมาก คือ การเกิดแผลที่เท้า สาเหตุเพราะเมื่อเกิดแผลขึ้นแล้ว ผู้ป่วย ร้อยละ 7.4 มีความเสี่ยงต่อการถูกตัดขา การรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเริ่มด้วยการทำแผลและการให้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าการไหลเวียนของเลือดไปสู่บริเวณที่มีแผลไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แผลไม่ดีขึ้นขั้นต้นตอนต่อไปคือ การตรวจหาสาเหตุและตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยการตรวจหลายวิธี เช่น โดยการบันทึกภาพรังสีหลอดเลือดแดง (Angiogram), การตรวจโดย CT 64 slices peripheral run-off หรือ การตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในกรณีที่ผู้ป่วยแข็งแรงไม่มี ความเสี่ยงต่อการผ่าตัด และหลอดเลือดแดงไม่ได้เสียไปทั้งหมด การรักษาตามมาตรฐานคือการผ่าตัดขยายหรือตัดต่อเส้นเลือด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมักจะมีปัญหาหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญที่บั่นทอนร่วมด้วย เช่น หัวใจ ไต และสมอง (Druet et al., 2006)

ดังนั้น ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนจะสามารถ ได้รับการผ่าตัดรักษาตัดต่อเส้นเลือดดังกล่าว เนื่องจากสภาพร่างกายอาจไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงหรือในผู้ป่วยบางรายหลอดเลือดส่วนปลายได้อุดตันเสียไปหมดแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดต่อหลอดเลือดได้ทำให้จำเป็นต้องตัดขาหรือนิ้วที่ขาดเลือดทิ้งไป และเนื่องจากภาวะหลอดเลือดตีบตันส่วนใหญ่มักจะเกิดตั้งแต่บริเวณใต้เข่าลงมาทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตัดขาบริเวณใต้เข่า แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มี 8 ภาวะหลอดเลือดตีบตันตั้งแต่เหนือเข่าทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตัดขาบริเวณเหนือเข่า แม้ว่าวิทยาการด้านการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าขึ้น

มีการคิดค้นยารักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพดีขึ้น แต่ปัญหาการถูกตัดขาจากเบาหวานก็มีได้ลดจำนวนลง การถูกตัดขาเป็นภาวะที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งต้องสูญเสียทรัพยากรด้านกาแพทย์และงบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมหาศาลในการดูรักษา (Druet et al., 2006)

อาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนที่ เป็นโรคเบาหวานเนื่องจากมีฮอร์โมนอินซูลินหลังออกมาไม่เพียงพอ น้ำตาลกลูโคสจึงไม่ ถูกเผาผลาญให้เป็นพลังงานและความร้อน เช่น คนปกติเป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติธรรมดา และเมื่อสูงเกินขีดกั้นของไตจะขับออกมาในปัสสาวะ และน้ำตาลมีฤทธิ์ในการดูดน้ำได้ดี จึงพาเอาน้ำออกมาในปัสสาวะมากผิดปกติ คนปกติจะถ่ายปัสสาวะ ประมาณ 1 - 1.5 ลิตร แต่คนที่ เป็นโรคเบาหวานอาจถ่ายปัสสาวะถึง 3 ลิตร หรือมากกว่าจึงเป็นเหตุให้ปัสสาวะบ่อยและ มากรวมทั้งต้องถ่ายปัสสาวะในตอนกลางคืนด้วย มีผลให้ร่างกายขาดน้ำและเสียน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ หิวบ่อย กินจุ แต่ผอมลง น้ำหนักลด อ่อนเพลียมาก ทำให้เชื้อโรคและเชื้อราเจริญได้ดี ทำให้คันตามผิวหนัง เป็นแผลได้ง่ายแต่หายยาก (Druet et al., 2006)

ระบบประสาทเมื่อขาดพลังงานจากน้ำตาลไปเลี้ยงจึงอักเสบง่าย ทำให้ปวดเจ็บตามกล้ามเนื้อ ชาตามปลายมือปลายเท้า รวมทั้งหมดความรู้สึกทางเพศ และโดยที่เลนส์ตามีการเปลี่ยนแปลงของน้ำมากน้อยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากปริมาณน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นเหตุให้ตาพร่าต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ ถ้าเป็นในสตรีมีครรภ์ บุตรในครรภ์มักจะมีหัวโตและหนักกว่าปกติ เนื่องจากสามารถใช้น้ำตาลได้ เพราะมีอินซูลินผลิตขึ้นในตับอ่อนของทารก (Druet et al., 2006)

จึงสรุปอาการของโรคเบาหวานที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

1. ปัสสาวะบ่อย และมาก
2. กระหายน้ำมาก
3. หิวบ่อย กินจุ แต่ผอมลง
4. อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงมาก
5. เป็นแผล ฝีได้ง่าย แต่รักษาหายยาก
6. คันตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และช่องคลอด
7. เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ ชาตามมือ และเท้า หมดความรู้สึกทางเพศ
8. ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ

สาเหตุของโรคเบาหวาน

เกิดจากเบต้าเซลล์ในกลุ่มเซลล์แลงเกอร์ฮานของตับอ่อนสร้าง ฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยหรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ฮอร์โมนออกฤทธิ์ในการทำงานได้ไม่เต็มที่ ฮอร์โมนอินซูลินนี้

มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่เพียงพอกับความต้องการ หรืออินซูลินทำงานลดลง น้ำตาลจึงไม่ถูกนำไปใช้เป็นพลังงานทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดจึงสูง (ค่าปกติของน้ำตาลในเลือด คือ 70 - 120 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตรในขณะอดอาหาร) เมื่อน้ำตาลในเลือดคั่งมากๆ จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ซึ่งโดยปกติน้ำตาลมีประโยชน์ต่อร่างกาย และร่างกายพยายามสงวนไว้ ไม่ขับทิ้งโดยง่ายไตสามารถกรองน้ำตาลที่ผ่านไตได้ระดับสูงสุด คือ 160 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร เนื่องจากไตสามารถเอาเลือดที่ผ่านไตได้นาทีละ 125 มิลลิลิตร ดังนั้นไตสามารถดูดซึมน้ำตาลที่ผ่านการกรองของไตนาทีละ 200 มิลลิกรัม แต่เมื่อใดที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 160 มิลลิกรัม ไตไม่สามารถดูดซึมน้ำตาลได้มากกว่า 200 มิลลิกรัม น้ำตาลจึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมีน้ำตาล มีมดตอมจึงเรียกโรคนี้ว่า โรคเบาหวาน โรคเบาหวานมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้อง เป็น โรคนี้ด้วย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น ช้วนเกินไป เกิดจากการใช้ยา เช่น สเตียรอยด์ยาขับ 10 ปีสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรืออาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอักเสบเรื้อรัง มะเร็งตับอ่อนระยะ สุดท้าย คอปกอกเป็นพิษ โรคคุชชิง ซินโดรม เป็นต้น (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากอินซูลินไม่เพียงพอหรือออกฤทธิ์ไม่ได้นั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเมตาโบลิสมคาร์โบไฮเดรต ทำให้ตับปล่อยน้ำตาลกลูโคสออกมาในกระแสเลือด บนผนังของเซลล์มีหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ซึ่งถ้ามีจำนวนน้อยแม้ว่าในร่างกายจะมีอินซูลินมาก เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อินซูลินก็ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

นอกจากนั้น ยังมีความผิดปกติที่ Post receptor ด้วยการเปลี่ยนแปลงของไขมัน ทำให้โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันเพิ่มขึ้นจากการที่มี Hyperlipoproteinemia ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในชั้น Intima และ Endothelial lining ซึ่งนำไปสู่การตีบตันของหลอดเลือดเล็ก (Microvascular change) มี Arteriosclerosis เกิดขึ้นทั่วร่างกาย หลอดเลือดใหญ่ก็มี Atheromatous change ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบ กลูโคสถูก เปลี่ยนเป็นซอบิทอลด้วย เอ็นไซม์ Aldose reductase ซอบิทอลลุ่มน้ำไว้เมื่อเข้าไปแทรกอยู่ในเนื้อเยื่อ เช่น กระจกตา เส้นประสาทตา เส้นประสาท ประสาทจะมีการอักเสบในตอนต้นๆ เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก็จะมีอาการขาเกิดขึ้น เมื่อเป็นนานๆ ก็จะมีผลต่อ Nerve sheath schwann cells ทำให้เกิด Neuritis เป็นได้ทั้งประสาทส่วนปลายและประสาทส่วนกลางที่ออกจากสมอง กลูโคสจับตัวกับโปรตีนในร่างกายด้วย เช่น จับกับฮีโมโกลบิน พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยิ่งนานก็ยิ่งเป็นมากขึ้น ถ้าไม่ควบคุมให้

ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ โรคแทรกซ้อนก็จะเกิดเร็วขึ้น โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (Druet et al., 2006)

ประเภทเฉียบพลัน

1. ภาวะหมดสติจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดอาการที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยนั้นมีอาการหมดสติ อาจมีสาเหตุมาจากการที่ภาวะน้ำตาลในเลือดมีระดับต่ำกว่าปกติ ส่วนใหญ่มักจะพบในกรณีที่ผู้ป่วยกินยาหรือฉีดยาสม่ำเสมอ แต่มีผลมาจากการใช้ยาที่เกินขนาด หรือมีการรับประทานอาหารที่ผิดเวลา หรือมีอาการใช้แรงมากกว่าปกติ นอกจากนี้ ยังอาจ เกิดจากสาเหตุที่มีความร้ายแรง ได้แก่ ภาวะคีโตแอซิดโอสิส (Ketoacidosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ หรือพบในภาวะติดเชื้อหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้นร่างกายจะมีการเผาผลาญไขมันแทนน้ำตาล ทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตนในเลือด จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรดเรียกว่า diabetic ketoacidosis หรือ DKA ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นหอม , (กลิ่นของสารคีโตน) มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (ตาโป้ หนังเหี่ยว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทัน อาจตายได้ (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Non - Ketotic Hyperglycemic Hyperosmolar Coma หรือ (NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือที่ขาดการรักษาหรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง (เช่น ปอดอักเสบ, กรวยไตอักเสบ, โลหิตเป็นพิษ) หรือมีการใช้ยาบางชนิด (เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ) ร่วมด้วย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ ชัก หมดสติ อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

ประเภทเรื้อรัง

เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ Microvascular และ Macrovascula นำไปสู่พยาธิสภาพเรื้อรังและถึงตาย ได้แก่ (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylate hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน โป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (Diabetic retinopathy) ที่ไต (Nephropathy) นอกจากนี้โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับ

กรดไขมันอิสระ และไตรกรีเซอร์ไรด์สูง ไชมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลง LDL (Low Density Lipoprotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจปกติ หรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ การพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยทำครั้งละน้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้นและทำอย่างสม่ำเสมอ (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

2. ระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยแอกซอน (Axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อไมยลลิน (Myelin sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาการสูญเสียการรับความรู้สึกขาปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณ 15 ขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อมทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ การพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานประสาทรับความรู้สึกเสื่อมง่าย ทำให้เกิดอาการชาตาม ปลายมือ ปลายเท้า ดังนั้นควรใส่ใจในการดูแลอวัยวะส่วนปลายอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบความผิดปกติรีบรักษาทันที (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

3. ภาวะแทรกซ้อนทางตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้ สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนนอกจากการเสื่อมของจอตาแล้วผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาดังเกิดขึ้น คือ มองไกลๆ จะเห็นไม่ชัด ความผิดปกตินี้เกิดขึ้น เนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น กลูโคสนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นซอร์บิทอล ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและเกิด Osmolar gradient เลนส์จะดูดน้ำไว้ จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้นดังกล่าว การพยาบาลแนะนำผู้ป่วยเบาหวานตรวจพบจักษุแพทย์เพื่อวินิจฉัยสาเหตุที่แท้จริง ของการมองเห็นซึ่งอาจเกิดจากจอตาเสื่อมหรือต่อกระจกครวตรวจตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (นิตยา พันธุเวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

4. ภาวะแทรกซ้อนทางไตและระบบทางเดินปัสสาวะ จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (Glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า Diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (Macroalbuminuria) อัตราการกรอง

ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการบวมมีของเสียคั่ง โปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน จะพบว่า หลอดเลือดแดงที่ไตแข็ง (Arteriosclerosis) ทั้ง Afferent และ Efferent glomerular arteries ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตวายในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ปัจจัยทางพันธุกรรม เชื้อชาติ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 เสี่ยงต่อไตวายมากกว่าโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด เพราะจะทำให้เกิดคั่งของน้ำ (นิตยา พันธุเวชย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

5. ระบบเลือด ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีการสะสมของสารคีโตนในเลือดจะมีความผิดปกติของระบบเลือดได้หลายอย่าง พบว่า เม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear ยังทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การฆ่าแบคทีเรียที่เชื่อมลงด้วยลิ้มโฟ ซัยท์ ซึ่งมีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระแสเลือดและที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ก็เสื่อม หน้าที่เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆ เช่น Staphylococcus, Streptococcus, วัณโรคปอด, เชื้อรา ได้ง่าย การพยาบาล แนะนำอาหารที่มีน้ำตาลน้อย ไขมันต่ำจำกัดอาหารที่มีไขมันในเลือด ควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและรับประทานอาหารโดยวิธีปรุงอาหาร เช่น ต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทอด หรือผัด (นิตยา พันธุเวชย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

6. แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีภาวะปลายประสาทอักเสบ (เท้าชา เกิดแผลง่าย) ภาวะขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (เท้าเป็นแผลหายยาก หรือเป็นเนื้อตายเน่า) ร่วมกับภาวะติดเชื้อง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ดังกล่าวข้างต้น บางครั้งแผลอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) จำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดเท้าเกิดภาวะพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพราะจะเสริมให้เกิดภาวะขาดเลือดเลี้ยงเท้าได้มากขึ้นและควรดูแลเท้าอย่าให้เกิดแผล การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยในการดูแลเท้า (นิตยา พันธุเวชย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

6.1 ตรวจเท้าทุกวัน หาสาเหตุของการแตก ฟกช้ำ ฝูงน้ำเพื่อหาสาเหตุ และให้การรักษา

6.2 ล้างเท้าด้วยน้ำเปล่าและสบู่ฟอกตามซอกนิ้วเท้าให้สะอาด ให้ผ้านุ่มๆ เช็ดให้แห้ง ขลิบด้วยโลชั่นหรือน้ำมันให้ผิวนุ่ม

6.3 ตัดเล็บให้ตรงและตะไบขอบอย่าให้คม

6.4 หลีกเลี่ยงการเดินด้วยเท้าเปล่า

6.5 ป้องกันด้วยการสวมรองเท้าและถุงเท้า

6.6 ห้ามล้างหรือแช่เท้าด้วยน้ำร้อน เพราะเท้าชาจะไม่รู้สึกถึงความร้อนทำให้เกิดผิวหนังพองและเป็นแผลได้

6.7 ห้ามใช้มีดของมีคมขูดตัดผิวหนังเอง

6.8 ไม่ใส่เครื่องประดับที่รองเท้า

6.9 งดสูบบุหรี่เพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดแดงตีบ

6.10 ระวังไม่ให้ลื่นเพราะเท้าต้องรับน้ำหนัก

6.11 หากเกิดแผลควรทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดทันที 17 สาเหตุของการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน จากการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนพบว่าสาเหตุจากการควบคุมน้ำตาลไม่ได้เนื่องจาก

6.11.1 จากการรับประทานอาหารของผู้ป่วยไม่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ

6.11.2 จากการปรับหรือเพิ่มยาของผู้ป่วยเอง เนื่องจากความกลัวว่าน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia ได้

6.11.3 จากการขาดการรักษาของผู้ป่วยเองทำให้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

6.11.4 ผู้ป่วยซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากยาหมดหรือไม่มีเวลาแต่ไม่ยอมขาดยา ทำให้เกิด ภาวะ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia ได้ จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้ ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้มาก และก่อนเวลาอันควร เช่น Neuropathy, Nephropathy, Retinopathy, Cerebrovascular disease, Cardiovascular disease, Peripheral vascular disease ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมี 3 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาดังนี้ (Druet et al., 2006)

การควบคุมอาหาร ในสมัยโบราณการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่วิธีเดียวเท่านั้นคือการจำกัดอาหาร ซึ่งเมื่อเริ่มมีรักษาโรค โดยแพทย์ที่เป็นชาวอังกฤษ พบว่า เมื่อเกือบระยะเวลากว่า 200 ปีก่อน มีการสั่งให้อุดอาหารและมีการสอนวิธีการจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ซึ่งมีผลทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยนั้นลดจำนวนลงอย่างมาก และเมื่อถึงในยุคสมัยที่มียาอินซูลิน พบว่ามีสถิติการตายในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลดน้อยลงไปอีก แต่การที่จะควบคุมอาหาร ยังคงเป็นหัวใจ

สำคัญในการควบคุมโรคที่จำเป็นอยู่ เพราะสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้ถึง สูงถึง ร้อยละ 50 ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร มีผลทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอันตรายมากกับผู้ป่วยเบาหวานและควรหันมารับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำมันพืช แทนการบริโภคน้ำมันสัตว์ เพราะสามารถช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลใน เลือดลง เป็นการป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน และก่อให้เกิด โรคหัวใจ โรคตา โรคไต แผลเน่าเปื่อย ความดันโลหิตสูง (Druet et al., 2006)

หลักสำคัญในการควบคุมอาหาร มีดังนี้

การรับประทานอาหารให้มีจำนวนและสัดส่วนที่พอเหมาะแก่ความต้องการของร่างกาย อาหารที่บริโภคแต่ละวันควรพอเพียงสำหรับการดำรงชีวิต (Druet et al., 2006)

การควบคุมน้ำหนักของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สิ่งที่ต้องระวังคือ ข้าว กับน้ำตาล แม้จะ เป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตเหมือนกัน แต่ข้าวจะค่อยๆ ถูกย่อยและดูดซึมเป็นน้ำตาลในกระแส เลือดช้า กว่ารับประทานน้ำตาล (Druet et al., 2006)

หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะขามหวาน กัลย หน่อหน่า ขนุน องุ่น ลูกเกด และผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะกระป๋อง ลำไยกระป๋อง ลิ้นจี่กระป๋อง (Druet et al., 2006)

การออกกำลังกาย ทำให้มีการใช้พลังงานมากขึ้นซึ่งควรเป็นไปอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะ ในผู้ป่วยเบาหวานที่อ่อนจะช่วยลดน้ำหนักตัว ซึ่งการลดน้ำหนักตัวลงได้ 15 % จะทำให้อินซูลินรี เซพเตอร์ ของเซลล์ไขมันและเซลล์อื่นๆ มีปฏิกิริยาตอบสนองอินซูลินไวขึ้นการออกกำลังกายที่ เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกาย จะต้องใช้พลังงานและแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายก็คือ น้ำตาล หากออกกำลังกายให้ เพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาล ในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลใน เลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น กล่าวคือ ถ้าอินซูลินปริมาณเท่าเดิมร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิมทำให้ระดับน้ำตาลใน เลือดลดลง (Druet et al., 2006)

การรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทานผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หรือ ผู้ป่วยเบาหวาน type II ใช้การรักษาโดยควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและยาเม็ดลดระดับ น้ำตาล ในเลือดเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะในระยะแรกของโรคเบาหวาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้รักษา โรคเบาหวาน (Oral Hypoglycemic Drugs) (Druet et al., 2006)

ยาที่ใช้ รักษาโรคเบาหวานที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งออกได้ 5 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มซัลโฟนิลยูริก (Sulfonylurea)
2. กลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide)

3. กลุ่มกลิทาโซน (Glitazone)
4. กลุ่มเมกลิทินิด (Meglitinides)
5. กลุ่มยับยั้งเอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดส (Alpha – Glucosidase Inhibitors)

1. กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea)

ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่ง อินซูลินออกมาใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร่างกายต้องการอินซูลินน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน ยานี้ยังลดการหลั่งกลูคากอน ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ และเพิ่มปริมาณตัวรับอินซูลินที่ผนังเซลล์ด้วย ยานี้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ (Druet et al., 2006)

ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide), กลิพิไซด์ (Gliclazide/Glipizide), กลิคลาไซด์ (Gliclazide), ไกลเมพิไรด์ (Glimepiride), คลอโพรพามาไมด์ (Chlorpropamide) กลไกการออกฤทธิ์ SULFONYLUREA กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ให้เพิ่มการตอบสนองต่อกลูโคส โดยเพิ่มการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้ Insulin Sensitivity ดีขึ้น และมีผลทำให้ Gluconeogenesis ลดลง การใช้ยา จะใช้ได้ผลก็ต่อเมื่อเซลล์ของตับอ่อนทำงานได้ราว ร้อยละ 30 ยากลุ่มนี้ ไม่ได้ผลในเบาหวานที่ตับอ่อนเสียหาย เช่น type I หรือ Pancreatic Diabetes นอกจากนี้ยังมีการออกฤทธิ์นอกตับอ่อนโดยยับยั้งการหลั่ง กลูคากอนเพิ่มความสามารถของอินซูลินในการจับกับ Receptor และเพิ่มผลของอินซูลิน โดยออกฤทธิ์ ที่ Post-Receptor นอกจากนี้ยังลดการขับอินซูลินออกจากตับข้อบ่งชี้ ในการใช้ Sulfonylurea (Druet et al., 2006)

1. เป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และเป็นเบาหวานชนิดที่สอง
2. อายุมากกว่า 40 ปี
3. อ้วน
4. น้ำตาลก่อนอาหารเช้าต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม %
5. ถ้าเคยได้รับอินซูลินมาก่อน ควรน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน
6. เมื่อควบคุมน้ำหนัก อาหาร และเพิ่มการออกกำลังกายแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้

ข้อห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้

1. เป็นเบาหวานชนิดที่หนึ่ง
2. ผู้ป่วยถูกตัดตับอ่อนออกหมด
3. มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างเฉียบพลัน

4. มีภาวะติดเชื้อมากอย่างรุนแรง
5. มีโรคตับหรือไต
6. ระหว่างผ่าตัดใหญ่
7. ระยะเวลาตั้งครรภ์
8. มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม ซัลโฟนาไมด์
9. ในภาวะช็อก

ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การแพ้ยา ผู้ที่แพ้ยาในกลุ่มซัลฟามีโอกาสแพ้ยา นี้ง่ายขึ้นถ้าใช้ยาร่วมกับกลุ่มซัลฟา ยาในกลุ่มต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แอสไพริน ยาลดไขมันกลุ่ม โคเลสเตอรอล หรือ ไซเมทีดิน ยาเหล่านี้จะเสริมฤทธิ์ลดน้ำตาลซึ่งยากกลุ่มซัลโฟนิลยูริก อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ แต่ให้ยาร่วมกับกลุ่มสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะกลุ่ม ไทอาไซด์ ยาเม็ดคุมกำเนิด ไรแฟมพิซิน หรือยาก กลุ่มปิดกั้นบีต้ายากกลุ่มนี้อาจต้านฤทธิ์ลดน้ำตาลของยากกลุ่มซัลโฟนิลยูริกทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ (สุนันทิพย์ ไพรสสุวรรณ และคณะ, 2553)

2. กลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides)

ยากกลุ่มนี้ใช้ได้ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุน้อย ซึ่งการรักษาด้วยยาซัลโฟนิลยูเรียไม่ได้ผล ยานี้ช่วยลดน้ำหนัก ทำให้ระดับโคเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงด้วยออกฤทธิ์ โดยเพิ่มการใช้กลูโคสในกระบวนการแอนแอโรบิก กลัยโคไลสิสลดการดูดซึมของกลูโคสจากทางเดินอาหาร และยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับด้วย กลไกการออกฤทธิ์ ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนออกฤทธิ์โดย (สุนันทิพย์ ไพรสสุวรรณ และคณะ, 2553)

1. ทำให้การใช้กลูโคสเพิ่มขึ้นในกล้ามเนื้อลาย
2. ทำให้การดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหารลดลง
3. ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ชนิดและขนาดที่ใช้ในการรักษา Metformin 500 mg, 850 mg ขนาดที่ใช้ได้ผล 500 - 3,000 mg โดยแบ่งให้วันละ 2 - 3 ครั้ง เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ควรกินยานี้พร้อมอาหารหรือหลังอาหาร

ข้อบ่งชี้ ในการใช้ Biguanide

1. ผู้ป่วย NIDDM ที่อ้วน และอาการไม่รุนแรง
2. ผู้ป่วย NIDDM ที่ใช้ Sulfonylurea ในขนาดเต็มที่แล้วไม่ได้ผล จะใช้ Biguanide ร่วม ด้วย ข้อห้ามใช้
3. ผู้ป่วย IDDM

4. ผู้ป่วยโรคตับ ไต (มี Serum Creatinine > 1.5 mg/dl)
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการไหลเวียนล้มเหลว
6. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิด Lactic Acidosis

ผลข้างเคียง มักมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิด และขนาดยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการเพิ่ม และลดขนาดของยาต้องสัมพันธ์กับภาวะของโรคถึงแม้การใช้ยาจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทาน การออกฤทธิ์ของยาจะต้องสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร หรือการใช้พลังงานของร่างกาย ถ้าไม่ได้สัดส่วนกันจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้หมดสติ ยา ประเภทนี้ ได้แก่ เฟนเพอร์มิน เมทฟอร์มิน (สุมนทิพย์ ไพรสุวรรณา และคณะ, 2553)

3. กลุ่มกลิตาโซน (Glitazone)

กลุ่มกลิตาโซน (Glitazone) หรือ Thiazolidinediones Troglitazone 200 mg วันละ 2 ครั้ง ลดระดับน้ำตาลก่อนและหลังอาหาร ประมาณ 25 - 40 mg / dl HbA1c ลดลง ร้อยละ 0.6 - 1 มีการตอบสนองต่อการรักษา ประมาณ ร้อยละ 50 - 75 ได้ผลดีในผู้ที่มี Insulin Resistance เช่น อ้วน และใช้ร่วมกับยาดругอื่น เช่น Sulfonylurea และอินซูลิน 15 (สุมนทิพย์ ไพรสุวรรณา และคณะ, 2553)

กลไกการออกฤทธิ์

1. เพิ่มการออกฤทธิ์ของอินซูลิน แต่ไม่เพิ่มการผลิตอินซูลิน
 2. เพิ่มการใช้กลูโคสใน Peripheral Tissue โดยกระตุ้น Non Oxidative Glucose Metabolism ในกล้ามเนื้อ ลดขบวนการ Gluconeogenesis ในตับ
- ผลข้างเคียง

1. ผลต่อระบบโลหิตวิทยา พบว่า มีการลดลงของระดับ Hb, Hct, Neutrophils Count แต่ มักคงอยู่ในค่าปกติ (วรรณิ นิธิยานันท์, 2560)

2. มีการเพิ่มขึ้นของ Aspartateaminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), Lactate dehydrogenase (LDH) ซึ่งเชื่อว่าเป็น Idiosyncratic drug reaction และมีรายงาน ผู้ป่วย Fulminant hepatitis และบางรายเสียชีวิต (วรรณิ นิธิยานันท์, 2560)

4. กลุ่มเมกลิทินไนด์ (Meglitinides)

ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน สามารถใช้แทนยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ทุกกรณี ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (สุมนทิพย์ ไพรสุวรรณา และคณะ, 2553)

5. กลุ่มยับยั้งเอนไซม์แอลฟาไกลูโคซิเดส (Alpha – Glucosidase Inhibitors)

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ย่อยอาหารจำพวกแป้ง Dextrin, Maltose, Sucrose ให้ เป็น Monosaccharides มีผลในการลด Postprandial plasma glucose ขนาดที่ใช้ในการรักษา Voglibose 0.2 - 0.3 mg วันละ 3 ครั้ง Acarbose 50 - 200 mg กินพร้อมอาหารวันละ 3 ครั้ง (สูมนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ข้อบ่งชี้ ในการใช้ Alpha-Glucosidase Inhibitors

1. เป็นยาที่มีฤทธิ์อ่อน ส่วนใหญ่ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร ใน NIDDM อาจ ใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับยาเม็ด และอินซูลิน และระดับการควบคุมเบาหวานยังไม่ดี ใน IDDM มักจะใช้ร่วมกับการฉีด Insulin

2. การให้ยาควรให้พร้อมอาหาร โดยเคี้ยวก่อนกลืน

ข้อห้ามใช้

1. โรคของทางเดินอาหาร เช่น peptic Ulcer, Inflammatory Bowel Disease (สูมนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

2. Serum Creatinine > 2 mg/dl เนื่องจาก Plasma acarbose เพิ่มขึ้น และไม่ทราบถึง ผลข้างเคียงระยะยาว (สูมนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ผลข้างเคียง

1. ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ผายลม ประมาณร้อยละ 20 - 30 ควรแนะนำให้รับประทานพร้อมอาหาร หรือหลังอาหาร และเริ่มยาในขนาดน้อยๆ ก่อนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้ศึกษาการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานซึ่งยาที่แพทย์ ใช้ รักษา มี 2 ชนิด คือ ไกลเบนคลาไมด์ ขนาด 5 มิลลิกรัม และเมทฟอร์มิน ขนาด 5 มิลลิกรัม Glybenclamide เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานและคนปกติ ไกลเบนคลาไมด์จะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินของ ตับอ่อน แต่เมื่อในระยะยาวฤทธิ์น้ำตาลในเลือดจะเป็นผลภายนอกตับอ่อน โดยเพิ่มการตอบสนองของเซลล์ ต่ออินซูลินและการผลิตกลูโคสที่ตับ (สูมนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาโรคเบาหวานชนิด Non Insulin - Dependent ในรายที่ควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สูมนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ขนาดที่ใช้

1. ขนาดเริ่มต้นรับประทาน ครั้งละ 1/2 - 1 เม็ด (2.5 - 5 มิลลิกรัม) วันละครั้งพร้อมอาหารเช้า ปรับขนาดยาได้ไม่เกิน 2.5 มิลลิกรัม ทุกสัปดาห์ ตามความจำเป็น

2. ขนาดควบคุม รับประทาน ครั้งละ 1/4 - 4 เม็ด (1.25 - 20 มิลลิกรัม) ขนาดรับประทานไม่ เกิน 2 เม็ด วันละครั้งพร้อมอาหารเช้า ถ้าขนาดรับประทานเกิน 2 เม็ด (10 มิลลิกรัม) แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง พร้อมอาหารเช้าและเย็น อาการข้างเคียง อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ จุกเสียดบริเวณใต้ลิ้นปี่ แสบท้อง บางราย อาจเกิดอาการแพ้ที่ผิวหนัง เช่น ผื่นคัน บวมแดง ลมพิษ ซึ่งอาการเหล่านี้มักหายได้เมื่อหยุดใช้ยา Metformin ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนของเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินแต่จะเพิ่มการตอบสนองของเซลล์ต่ออินซูลินและเพิ่มการจับของอินซูลินกับ Receptor ทำให้อินซูลินที่มีฤทธิ์อยู่แล้ว ออกฤทธิ์เพิ่มมากขึ้น ร่างกายจึงใช้กลูโคสได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ลดการผลิตกลูโคสจากตับและลดการดูดซึมกลูโคสจากกระเพาะอาหาร (สุนนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ข้อบ่งใช้

1. ใช้รักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด Non Insulin - Dependent ในรายที่ควบคุมอาหาร เพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ตามต้องการหรือรายที่มีน้ำหนักตัวมาก (สุนนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)
2. ใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยารักษาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย โดยเปลี่ยนการใช้ยานี้ หรือใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่น (สุนนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)
3. ใช้รักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด Non Insulin - Dependent เพื่อลดขนาดการใช้อินซูลิน (สุนนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

ขนาดที่ใช้

1. ขนาดเริ่มต้น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด (500 mg) วันละ 2 ครั้ง อาหารเช้าและเย็น เพิ่มขนาด ได้สัปดาห์ละ 1 เม็ด (500 มิลลิกรัม) จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามต้องการ แต่ต้องไม่เกิน วันละ 6 เม็ด ตามปกติน้ำตาลในเลือดจะลดลงภายใน 2 - 3 วัน หลังจากเริ่มใช้ยา แต่บางรายต้องรอ นานถึง 2 สัปดาห์ - ขนาดควบคุม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด (500 มิลลิกรัม) วันละ 2 - 3 ครั้ง อาการข้างเคียง อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร มีกรดในกระเพาะมาก ท้องอืด น้ำหนักลดท้องเสีย หายใจเร็ว เหนื่อยและอ่อนเพลียผิดปกติ ควรได้รับการรักษาเร็วที่สุด (สุนนทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ, 2553)

วิธีการป้องกันโรคเบาหวาน

การป้องกันคือ การปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตหรือวิถีการดำรงชีวิตในรูปแบบที่สร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ มาตรฐาน หากน้ำหนักมากเกินไปต้องลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม เพียงพอ และสม่ำเสมอ รับประทานอาหารตามสุขบัญญัติ หรืออาหารสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่หรือไม่อยู่ในที่ที่ตมสูดควันบุหรี่เป็นประจำ

เหล่านี้เป็นวิธีที่ได้ผลและดีที่สุดสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน แต่ในกรณีที่ปัจจัยทางพันธุกรรม และเชื้อชาติมีผลกระทบสูง การป้องกันอาจไม่สัมฤทธิ์ผล แต่สามารถชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้ หลักสำคัญในการลดน้ำหนักคือ ต้องลดปริมาณอาหารลง เพื่อให้จำนวนแคลอรีที่ได้รับ ต่อวันน้อยกว่าที่ร่างกายใช้ คือต้องรับประทาน แคลอรีน้อยลงวันละ 500 – 1,000 กิโลแคลอรี ซึ่งจะทำให้น้ำหนักลดลง ได้ประมาณ 0.54 – 0.9 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ปริมาณอาหารที่ควรลดในเบื้องต้นคือ อาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน และควรออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพียงพอ และสม่ำเสมอ (สุนนทิพย์ ไพรสสุวรรณ และคณะ, 2553)

นอกจากนี้ อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารตามหลักโภชนาการ หรืออาหารสุขภาพ การรับประทานอาหารนอกจากต้องจำกัด ปริมาณหรือจำนวนแล้ว ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหารด้วย อาหารสุขภาพคือ อาหารประจำวันที่มีหลากหลาย และมีสารอาหารครบทุกหมู่ ซึ่งประกอบด้วย อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ผัก ผลไม้ และน้ำนม อย่างครบถ้วน และได้สัดส่วน คือ มีคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50 - 60 โปรตีนร้อยละ 15 (หรือร้อยละ 12 - 20) และไขมันร้อยละ 25 - 35 รวมทั้ง จำกัดการรับประทานน้ำตาล เกลือ แอลกอฮอล์ และคาเฟอีนในแต่ละวัน หลังการรับประทาน อาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ปริมาณและชนิดของอาหาร คาร์โบไฮเดรตที่รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ประกอบด้วย ข้าว แป้ง ถั่วต่างๆ และน้ำตาล การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวานจัดและมี ปริมาณคาร์โบไฮเดรตพอควร มีแนวโน้มที่จะป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ และอาหารที่มี ปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่ำ ยังเหมาะสำหรับการลดน้ำหนักด้วยที่แนะนำให้รับประทาน เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต งู๋เส้น เส้นหมี่ ก๋วยเตี๋ยว ข้าวโพด เผือก มะกะโรนี สပါเก็ตตี้ และควรหลีกเลี่ยง ข้าวขาว ข้าวเหนียว ขนมปังขาว แครกเกอร์ มันฝรั่ง มันสำปะหลัง พักทอง เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากกว่าอาหารกลุ่มแรก สำหรับข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีต ถั่วต่างๆ มีใยอาหารอยู่ด้วย จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ขึ้นสูงมาก แต่ถั่วบางชนิดก็มีไขมันมาก หากจะรับประทานต้อง จำกัด จำนวน เช่น ถั่วลิสง มะม่วงหิมพานต์ อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มอนต์ แมคาเดเมีย อาหารประเภทไขมัน ได้แก่ กะทิ น้ำมัน ที่ใช้ประกอบอาหารทุกชนิด ไขมันสัตว์ประเภทต่างๆ และ ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ซึ่งมีความแตกต่างกันในโครงสร้างของกรดไขมัน และปริมาณ คอเลสเตอรอล แม้ว่าน้ำมันและไขมันจากพืช รวมทั้งกะทิจะไม่มีคอเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบ แต่สามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นได้หาก รับประทานมากเกินไป น้ำมันหรือ ไขมันทุกชนิด จะมีกรดไขมันเป็นส่วนประกอบในอัตราส่วน แตกต่างกันไป โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท ใหญ่ คือ (สุนนทิพย์ ไพรสสุวรรณ และคณะ, 2553)

1. ไขมันประเภทอิ่มตัว (Saturated fat) คือ ไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวเป็นส่วนประกอบหลัก และกรดไขมันชนิดอื่นๆ เพียงเล็กน้อย ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ทุกชนิด น้ำมันพืชที่สกัดจากปาล์ม มะพร้าว และน้ำกะทิ ไขมันประเภทนี้ถ้ารับประทานมากทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น และมีผลต่อการย่อยสลายกลูโคสในกล้ามเนื้อลาย เนื่องจากเกิดภาวะดื้ออินซูลินในระยะยาวอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

2. ไขมันประเภทไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Mono-unsaturated fat) คือ ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่งเป็นส่วนประกอบหลัก ได้แก่ ไขมันที่สกัดจากมะกอกโอลีฟ ถั่วลิสง รำข้าว ไขมันประเภทนี้ไม่มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอลในเลือด มีผลการวิจัยบ่งชี้ว่า น้ำมันจากมะกอกโอลีฟ ทำให้ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงได้ (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

3. ไขมันประเภทไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fat) คือ ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งเป็นส่วนประกอบหลัก ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันที่ได้ อาหารที่มีกรดไขมันประเภทอิ่มตัวมาก จากปลาทะเลชนิดต่างๆ อาหารประเภทโปรตีน คือ เนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ รวมทั้งเครื่องใน ไช้ และน้ำมันพืชบางชนิดมีโปรตีนเช่นกัน เช่น ถั่วเมล็ดธัญพืชต่างๆ แต่มีในปริมาณน้อย และมีกรดอะมิโนจำเป็น (Essential amino acid) ไม่ครบถ้วน แนะนำให้ รับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดหนังและมีไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ วันละ 100 - 200 กรัม ขึ้นอยู่กับพลังงานต่อวันที่ควรได้รับ ร่วมกับไข่ วันละ 1 - 2 ฟอง และโปรตีนจากพืช จำกัดการรับประทานอาหารทะเลยกเว้นปลา หลีกเลี้ยง หรืองดเนื้อสัตว์ติดมันและเครื่องในสัตว์ เนื่องจากส่วนใหญ่มีปริมาณคอเลสเตอรอลและ/หรือไขมัน อิ่มตัวสูง นอกจากนี้ในแต่ละวันควรรับประทาน อาหารที่มีกากใยอาหาร (Dietary fiber) ให้มากพอเพื่อเพิ่มกากอาหารในลำไส้ ช่วยลดอาการ ท้องผูก โยอาหารสามารถลดหรือชะลอการดูดซึมไขมันและน้ำตาลจากทางเดินอาหาร อาหารที่มีกากใยอาหารมาก ได้แก่ ผักต่างๆ ธัญพืชที่ขัดสีน้อยหรือขัดสีไม่หมด ถั่วบางชนิด เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลือง และผลไม้ เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล ควร หลีกเลี้ยงหรือจำกัดการรับประทานขนมหวาน และอาหารที่ปรุงโดยทอดด้วยน้ำมัน การออกกำลังกายไม่ว่าในรูปแบบใด หรือ กิจกรรมออกแรงในการทำงาน หรือทำกิจวัตร ประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นลงบันได การเช็ดขัดถู การขุดดินทำสวน ที่ทำอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาานพอเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยควบคุมหรือลดน้ำหนัก เพราะทำให้ร่างกาย (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกล้ามเนื้อต่าง ๆ ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น และยังทำให้น้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วกลับเพิ่มขึ้นอีก การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมออกแรงที่มากเพียงพอทำให้ภาวะดื้อ

อินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลจะดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยร่างกาย (Warm up) เพื่อยืดเส้นเอ็นและเตรียมกล้ามเนื้อให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย และหลังการออกกำลังกายควรผ่อนคลาย (Cool down) เพื่อปรับสภาพก่อนหยุดออกกำลังกาย กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมคือ กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น การเดินอย่าง ต่อเนื่องครั้งละ 30 - 45 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หากสามารถเพิ่มเป็น 60 - 75 นาทีทุกวัน จะทำให้น้ำหนักตัวลดลงและอยู่คงที่ได้ ถ้าเป็นกิจกรรมออกแรงหนัก เช่น วิ่งเหยาะๆ วันละ 30 นาที จะได้ประโยชน์เช่นเดียวกันแต่หากไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องและนานจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด อาจทำสะสมครั้งละ 10 นาที จนได้ วันละอย่างน้อย 30 นาที (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

แต่ประโยชน์ในการเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ และการหมุนเวียนโลหิตจะไม่ดีเท่ากับการทำต่อเนื่องครั้งเดียว ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือดต้องตรวจร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มโดยเดินเพียงช่วงสั้นๆ ก่อน ประมาณ 5 - 10 นาที แล้วค่อยเพิ่มเวลาและความเร็วขึ้นช้าๆ ทุก 1- 2 สัปดาห์ จนสามารถทำได้เต็มที่ ก่อนออกกำลังกายควรอบอุ่นร่างกาย การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีหลักปฏิบัติและวิธีการเช่นเดียวกับการป้องกันการเกิดโรค แต่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะหรือโรคอื่นร่วมด้วยจะมีข้อจำกัดบางอย่างเพิ่มเติม เช่น ผู้ที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ต้องลดเกลือและปริมาณ เนื้อสัตว์ลง อาจต้องงดผลไม้ หากพบว่า มีเกลือ โพแทสเซียมสูงในเลือด หรือผู้ที่มีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ต้องลดเกลือและจำกัดปริมาณ ไขมัน รวมทั้งเนื้อสัตว์ที่รับประทานให้เข้มงวดยิ่งขึ้น (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

วิธีการควบคุมรักษาโรคเบาหวานนอกจากการรับประทานอย่างถูกต้องเหมาะสม และออกกำลังกายสม่ำเสมอตามที่กล่าวมาแล้ว จำเป็นต้องพบแพทย์เป็นระยะๆ ตามนัด และตรวจสุขภาพตามกำหนดเพื่อค้นหาหรือติดตามโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งรับประทานยาหรือฉีดยาตามที่แพทย์แนะนำเป็นประจำ ยารักษาโรคเบาหวานมีหลายชนิด ทั้งยารับประทาน และยาฉีด แพทย์จะพิจารณาเลือกให้ยาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้เป็นโรคเบาหวานแต่ละราย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 จำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินตั้งแต่แรกเริ่ม และรักษาตลอดไป ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนหนึ่งสามารถควบคุมเบาหวานได้โดยการรับประทาน อาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสม และการออกกำลังกายเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ยา แต่หากไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ต้องรับประทานยาร่วมด้วย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนหนึ่ง

ที่เป็นมานาน อาจมีปัญหาดีอียา และในบางภาวะ เช่น ขณะตั้งครรภ์ เมื่อเข้ารับการผ่าตัด มีโรคไต โรคตับร่วมด้วย จำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจำนวนไม่น้อย จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปรับประเทานร่วมกับยาฉีดอินซูลิน เพื่อให้การควบคุมเบาหวานได้ผลตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

รวมทั้งรู้วิธีการควบคุมและรักษาเป็นอย่างดี เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะนำไปสู่ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ด้วยความเต็มใจปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวอีก นัยหนึ่งคือ เรียนรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง ให้ถือเสมือนว่าโรคเบาหวานเป็นสัตว์เลี้ยวที่มา อาศัยอยู่ด้วยต้องดูแลให้ดี และเอาใจใส่จนอยู่ร่วมกันได้อย่างไม่มีปัญหา ไม่บั่นทอนสุขภาพกาย และสุขภาพจิต อย่าปล่อยปละละเลยจนเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทำให้เสียสุขภาพ เสีย เงิน เสียเวลา ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ในที่สุดโรคเบาหวานจะครอบคลุมจิตใจ ทำให้หุดหู่ เศร้าหมอง และมีคุณภาพชีวิตแย่ง (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

จุดประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวานคือ ให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานปราศจากอาการต่างๆ จากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินปกติ การรักษาต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความ ผิดปกติอื่นๆ ให้ใกล้เคียงภาวะปกติที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ปลอดจากภาวะหรือโรคแทรก ซ้อน จากเบาหวาน และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในเด็กต้องมีการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างสมวัย ในหญิงมีครรภ์ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อทารกในครรภ์และมารดาด้วย ในกรณีที่ยังไม่มีภาวะหรือ โรคแทรกซ้อน จากเบาหวานควรตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง การตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วย การชั่งถวมอาการ การตรวจร่างกาย การตรวจตา รวมทั้ง การตรวจเท้าอย่างละเอียด มีการตรวจ บัสสาวะ และตรวจหาไข่ขาวในบัสสาวะการตรวจเลือด เพื่อวัดระดับไขมันในเลือด การทำงานของ ไต และการตรวจอื่นๆ ที่แพทย์เห็นว่าจำเป็น หากมีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แล้ว การตรวจข้างต้นจะบ่อยขึ้น ขึ้นกับระยะของโรคและการรักษาที่ได้รับ (สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ, 2553)

คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีลักษณะ หรือปัจจัย เสี่ยงต่างๆ มากมาย เช่น อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป อ้วนและ/หรือลงพุง เคยตรวจ พบว่า มีระดับน้ำตาล มากผิดปกติหลังรับประทานอาหารหรือขณะอดอาหาร มีความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือด ผิดปกติ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ผิดปกติ คลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 4 กิโลกรัม มีประวัติโรคหลอดเลือดแดง ตีบตัน ใช้นยาที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผิดหนึ่งที่ล่าคอหรือรักแร้มีปื้นหนาสีคล้ำ เนื่องจากโรคอ้วนและโรคอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่

สำคัญ เป็นโรคที่ป้องกันได้ จึงควรปฏิบัติตนให้ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรักษาอาหาร การเคลื่อนไหว ร่างกาย และการออกกำลังกาย เพราะถ้าเป็นโรคเบาหวานแล้วมักจะเกิดโรคที่เป็นกลุ่มเกี่ยวเนื่องกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ซึ่งควรหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม) หลอดเลือดแดง อุดตัน ที่อาจทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2555)

นอกจากนี้ ยังมีโรคแทรกซ้อนอีกมากที่สำคัญ คือ โรคไต และโรคตา อีกทั้งเกิดปลายประสาทเสื่อม ทำให้มีอาการปลายมือปลายเท้าชา ปวดแสบปวดร้อน แขนขาไม่มีแรง การตรวจร่างกายประจำปี และการสังเกตตนเองอยู่เสมอว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ รวมทั้ง การตรวจสุขภาพง่าย ๆ ด้วยตนเอง เช่น การวัดรอบพุง การตรวจสอบว่าน้ำหนักตัวมากเกินไปหรือไม่ การวัดความดันโลหิตจะช่วยให้พบโรคได้เร็ว ทำให้รักษาได้ง่าย หรือ ถ้าพบว่า มีความเสี่ยงจะได้ลดความเสี่ยง อยากรู้ดี ในการรักษาหรือป้องกันต้องศึกษาและปฏิบัติให้ถูกวิธี มิฉะนั้นอาจ เป็นอันตรายได้ บางครั้งอาจ เสียชีวิต หรือพิการ เช่น การลดความอ้วน ต้องค่อย ๆ ลด หลักสำคัญ คือ ลดปริมาณอาหาร และ ควรออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายอย่าง เหมาะสม เพียงพอ และสม่ำเสมอ การให้ยาลด ความอ้วนอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้เราอาจป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน หรือลดความรุนแรงของโรค ได้ด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2555)

1. การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม และเพียงพอด้วยวิธีต่างๆ เช่น การบริหารร่างกาย เล่นกีฬา ออกแรงทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวัน อาทิ บัดกวดเชิดถู พรวนดิน ขึ้นลงบันได เดิน (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2555)

2. รับประทานอาหารที่มีคุณภาพถูกสุขลักษณะ ปราศจากสิ่งปนเปื้อน มีสารอาหารครบทุกประเภท และในสัดส่วนที่เหมาะสม หลีกเลี่ยง ขนมกรุบกรอบและอาหารหมักดอง รวมทั้ง ควรดื่มน้ำเปล่าในปริมาณที่เพียงพอ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2555)

3. ไม่สูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ เพราะการได้รับควันบุหรี่ซึ่งมีสารพิษหลายอย่างจะทำให้เกิดสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ ทั้งเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ ภูมิคุ้มกันต่ำลง นอกจากนี้ ด้านจิตใจก็ยังมีผลต่อการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งโรคเบาหวานด้วย ดังนั้น ควรฝึกจิตใจไม่ให้ตนเองเครียด ไม่โกรธง่าย ไม่น้อยใจง่าย (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2555)

โรคไตเสื่อม

ความหมายโรคไตเสื่อม

กลไกที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไตเกิดจากการที่มีโรคไตเดิม เช่น ไตอักเสบ หรือมีภาวะอุดตันทางเดินปัสสาวะ ส่งผลทำให้หน่วยไตนั้นถูกทำลาย ในระยะแรกของโรคไต ส่วนที่เหลือจะสามารถปรับตัว (Rodger, 2008) โดยมีการขยายตัวของหลอดเลือดในบางส่วน ส่งผลให้มีการเพิ่มแรงดันในกรวยกรองไต และเพิ่มอัตราการกรองของเสียที่ไต แต่การปรับตัวของการทำงานของไตนั้น ยังคงส่งผลให้เกิด Mesangial hypertrophy โดยเนื้อเยื่อไตมีการอักเสบมากขึ้น เกิดพังผืดในกรวยกรองไต เกิดการรั่วของโปรตีนปนมากับปัสสาวะ ปริมาณหน่วยไตที่เหลือจึงยิ่งลดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้หน้าที่ของไตเสื่อมลงอัตราการกรองของไตลดลงการขับของเสียลดลง BUN และค่าครีเอตินินเพิ่มสูงขึ้น (นวลนิตย์ ไชยเพชร และคณะ, 2560)

โรคไตเสื่อม มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตเสื่อมในประเทศไทยที่เพิ่มอัตราจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจสถิติ สาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยไตเสื่อมที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 249,088 ราย 295,588 ราย และ 325,313 ราย ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy Registry ในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้ป่วยไตเสื่อมในระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เพิ่มขึ้นจาก 302.60 เป็น 419.95 ต่อประชากรล้านคน หรือร้อยละ 38.7 (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552) นอกจากนี้ Ingsathit et al. (2010) ได้มีการทำการวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองและเพื่อทำการประเมินโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบว่า ร้อยละ 17.7 ของประชากร (คิดเป็นประชากร 7 ล้านคน) พบประชากรป่วยด้วยโรคไตเสื่อมระยะใน 1-4 ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่า ถ้าประชากรที่ป่วยด้วยโรคไตเสื่อมระยะ 1-4 ไม่ได้รับการรักษาและดูแลด้วยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้วนั้นจะส่งผลทำให้เกิดการสะสมความเสื่อมที่ไตเพิ่มขึ้น ทำให้ไตทำงานได้น้อยลง ขาดประสิทธิภาพในการทำงานและนำเข้าสู่ในระยะที่ 5 ซึ่งมีผลกระทบที่ต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จึงคาดว่าในปี 2560 ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาและรับบริการที่เพิ่มขึ้นเป็นหลายหมื่นล้านบาท นอกจากนี้ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิดอีกด้วย ความเป็นปัญหาส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาในอนาคต ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมในระยะแรกๆ จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยชะลอการเกิดโรคไตเสื่อมไม่ให้ไปถึงในระยะสุดท้าย ซึ่งค่อนข้างที่จะมีค่าใช้จ่ายที่สูง พร้อมทั้งยังส่งผลกระทบมากมายกับตัวผู้ป่วยไตเสื่อมและครอบครัวของผู้ป่วย ที่อาจจะได้รับการสูญเสียต่อไปในระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

โรคไตเสื่อม เป็นภาวะที่หน่วยไตมีการทำงานลดลงอย่างถาวร ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ ในส่วนของอัตราการกรองของไตลดลงจนกระทั่งส่งผลกระทบต่อไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการขจัดของเสียและรักษาสมดุล ของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่างในร่างกาย เกิดการคั่งของครีเอตินิน ติดต่อกันเป็นเวลานาน (พรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2551) ซึ่งมูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกาให้ความหมายของโรคไตเสื่อมว่า เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน โดยตรวจพบว่า ไตผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสี หรือมีผลการตรวจเลือดหรือปัสสาวะผิดปกติ โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าอัตราการกรองระยะ 1-3 ของไต อยู่ในระดับใดหรือมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; อติพร อิงค์สาธิต, 2554)

โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการกรองของไต (รวีวรรณ พงศ์พุดิ และคณะ, 2558) ดังนี้ 1) โรคไตเสื่อมระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองของไตยังปกติ หรือเพิ่มสูงขึ้น โดยที่อัตราการกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 2) โรคไตเสื่อมระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายเพิ่มขึ้น และอัตราการกรองไตลดลง โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 3) โรคไตเสื่อมระยะที่ 3 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงครึ่งหนึ่ง โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 4) โรคไตเสื่อมระยะที่ 4 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงอย่างมาก โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 15-29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 5) โรคไตเสื่อมระยะที่ 5 เป็นระยะของไตวายเสื่อมระยะสุดท้าย โดยจะมีอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

สาเหตุของโรคไต

โรคไตเสื่อม มีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเสื่อมลงของการทำงานของไตและการทำลายหน่วยไต โดยเกิดจากโรคไตเดิม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้อักเสบ การอุดตันทางเดินปัสสาวะ โรคทางกรรมพันธุ์ ภาวะน้ำในไต หรือเกิดจากโรคไตวายฉับพลัน ที่ไม่ได้รับการรักษาจนทำให้มีการทำลายหน่วยไตอย่างถาวร (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) จากรายงานการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมระยะสุดท้ายที่เริ่มเข้ามารับการบำบัดทดแทนไต ประมาณร้อยละ 40 มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะโรคแทรกซ้อนของเบาหวานเป็นผลสืบเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีปริมาณสูงขึ้น ระดับน้ำตาลที่สูงติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำลายหลอดเลือด และอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ไต สมอง ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ ได้แทบทุกระบบ เช่น ผลต่อเส้นเลือดที่ตา ทำให้เกิดอาการตามัวหรือตาบอด ผลต่อเส้นเลือดที่ไตทำให้การทำงานของไตผิดปกติไตวาย ผลต่อเส้นเลือดที่หัวใจทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ผลต่อระบบประสาททำให้เกิดภาวะปลายเส้นประสาทอักเสบ ผลต่อเส้นเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอัตราการตายจากโรคหัวใจสูงกว่าคนปกติ 2 - 4 เท่า มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 2 - 4 เท่า พบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 60 – 65 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

ภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน

ไตเป็นอวัยวะที่สำคัญอวัยวะหนึ่งในการดำรงชีวิต มีหน้าที่ในการกรองของเสียออกจากเลือด และขับถ่ายของเสียในรูปของปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดที่ไปยังไต ทำให้การทำงานของไตผิดปกติไม่สามารถกรองของเสียได้ มีของเสียคั่งสะสมในร่างกาย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

อาหารสำหรับผู้ป่วยไตเสื่อม

โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไต มีความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารมีความสำคัญต่อผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง เพราะจะช่วยให้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1. ชะลอการเสื่อมของไต
2. ยืดเวลาที่จะต้องล้างไตให้ช้าลง
3. ลดภาระการทำงานของไตในการขับถ่ายของเสีย
4. ทำให้ไตส่วนที่เหลืออยู่ไม่ต้องทำงานหนักเกินตัว
5. ลดการคั่งของของเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหาร
6. ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร
7. ช่วยให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สารอาหารที่มีผลต่อไต

ผู้ป่วยโรคไตควรจำกัดและหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เนื่องจากเมื่อไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ การได้รับสารอาหารบางชนิดมากเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายมีการสะสมของเสียมากเกินไป โซเดียมร่างกายต้องการโซเดียมในปริมาณเล็กน้อยเพื่อควบคุม

ความดันโลหิต เมื่อเป็นโรคไตร่างกายจะไม่สามารถกำจัดโซเดียมส่วนเกินออกไปได้ทำให้เกิดมีน้ำคั่งและเกิดอาการบวม ความดันโลหิตสูง มีน้ำท่วมปอด และอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีโซเดียมสูง (เช่น ปลาเค็ม แยม เบคอน ไส้กรอก อาหารดอง ขนมขบเคี้ยว เนยแข็ง) อาหารรสจัดแต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ (เช่น ขนมปังเนื่องจากมีการใช้ผงฟู) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

โพแทสเซียม เป็นเกลือแร่ที่ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อและประสาทเป็นไปตามปกติ เมื่อไตทำงานลดลงจะลดการขับโพแทสเซียมทางปัสสาวะ ทำให้เกิดการสะสมของโพแทสเซียม ถ้ามีสูงจะเริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว หรือหัวใจเต้นผิดปกติได้ ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นและปานกลาง ซึ่งไตยังพอขับถ่ายของเสียได้ดี มีปัสสาวะจำนวนมากและระดับของโพแทสเซียมในเลือดไม่สูงมาก สามารถรับประทานผักและผลไม้ได้โดยไม่ต้องจำกัด แต่สำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรควบคุมปริมาณผักและผลไม้ โดยเลือกรับประทานผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมต่ำได้วันละ 1-2 ครั้ง เช่น กะหล่ำปลี ดอกกะหล่ำ แตงกวา ผักกาดหอม ถั่วงอก องุ่น สับปะรด เป็นต้น (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผลไม้แห้งทุกชนิด ทูเรียน มะขาม แคนตาลูป น้ำลูกยอ มะเขือเทศ ผักโขมเขียว หัวผักกาด กัลฉ่ำ ส้ม มะละกอ ขนุน เป็นต้น (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

ฟอสฟอรัส เมื่อไตวาย ร่างกายจะมีปัญหาการดูดซึมแคลเซียม และการกำจัดฟอสฟอรัสจะทำให้ร่างกายได้รับแคลเซียมน้อยและมีฟอสฟอรัสในเลือดมากเกินไป (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ รำข้าว เนยแข็ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม นมข้นหวาน ไข่ปลา ไข่แดง กุ้ง ปู ผลิตภัณฑ์ที่ใส่ผงฟู ถั่วเมล็ดแห้ง น้ำอัดลมสีดำ เป็นต้น (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

โปรตีน เป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการ ผู้ป่วยโรคไตก็ยังคงต้องรับประทานอาหารที่ให้โปรตีน แต่ควรจำกัดปริมาณอาหารที่มีโปรตีนสูงทั้งจากพืชและเนื้อสัตว์ไม่ให้มากเกินไป เพื่อเป็นการลดการทำงานของไต (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552)

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลมาก (เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ หนังหมู หนังเป็ดและไก่ เนื้อหมูและเนื้อวัวติดมัน ซึ่งโครงหมูที่ติดมันมาก หมูหัน เบ็ดปักกิ่ง หมูสามชั้น หมูกรอบ เบ็ดย่าง ห่านพะโล้ ไช้ปลา ไช้กุ้ง) เนื้อสัตว์ที่มีกรดอะมิโนจำเป็น

ไม่ครบ ซึ่งทำให้ไตทำงานขับถ่ายของเสียหนักขึ้น (เช่น เอ็นหมู เอ็นวัว เอ็นไก่ หูฉลาม ตีนเป็ด ตีนไก่ หนังสัตว์ กระจุกอ่อน รวมทั้งถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ และขนม อาหารที่มีไส้ถั่ว) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

ข้อควรปฏิบัติ

ควรรับประทานอาหารให้หลากหลายในแต่ละมื้ออาหารและครบคลุมกลุ่มข้าว เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ ผู้มีภาวะไตเรื้อรังห้ามใช้ซอสปรุงรสเทียม เกลือเทียม ซีอิ๊วเทียม น้ำปลาเทียม หากต้องการเพิ่มรสชาติอาหารให้ใช้เครื่องเทศแทน (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

ผลกระทบที่เกิดจากไตเสื่อม

ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 จะยังไม่มีอาการแสดงของโรคและจะเริ่มเกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เมื่อมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร หรือในระยะที่ 3 ผู้ป่วยมักพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) และเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 อาการจะชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากภาวะยูรีเมีย ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการของผู้ป่วย (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ภาวะยูรีเมียจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. ความผิดปกติของสมดุลน้ำเกลือแร่ และกรดต่าง

1.1 สมดุลน้ำและโซเดียม การเพิ่มขึ้นของโซเดียมและน้ำในร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคจะมีการขับน้ำออกจากร่างกายลดลงเกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ร่วมกับมีการขับโซเดียมลดลง ทำให้โซเดียมในร่างกายสูงขึ้น ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะทำให้มีความดันโลหิตสูงมากขึ้นเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ง่าย (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1.2 สมดุลโปแตสเซียม โรคไตเรื้อรังจะทำให้ร่างกายขับโปแตสเซียมได้ลดลง เกิดการคั่งของโปแตสเซียมในร่างกาย ในระยะแรกไตสามารถปรับตัวทำให้ระดับโปแตสเซียมในร่างกายอยู่ในภาวะปกติ จนกระทั่งในระยะท้ายของโรคไตเรื้อรังจะทำให้มีปริมาณโปแตสเซียมในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้น (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1.3 สมดุลกรด - ด่าง ไตจะมีหน้าที่ขับไฮโดรเจนไอออนออกจากร่างกาย โดยออกมาในรูปแบบของน้ำปัสสาวะ และแอมโมเนีย เมื่อไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้การขับไฮโดรเจนไอออน

ดลง การสร้างแอมโมเนียลดลงร่วมกับมีการรั่วของไบคาร์บอเนตที่หลอดเลือดส่วนต้น ทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรด (Metabolic acidosis) (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

2. ความผิดปกติของกระดูกเกี่ยวกับระดับฟอสเฟตในร่างกาย

ความผิดปกติของกระดูกเกี่ยวกับระดับฟอสเฟตในร่างกายที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลทำให้มีการดึงแคลเซียมออกจากกระดูก เกิดภาวะกระดูกนุ่ม กระดูกพรุน นอกจากนี้ไตจะไม่สามารถสร้างหรือสังเคราะห์วิตามินดีได้ ร่วมกับมีการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์มากขึ้น ทำให้ระดับแคลเซียมสูงขึ้น แล้วรวมตัวกับฟอสเฟตเป็นแคลเซียมฟอสเฟต ไปเกาะตามเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ รวมทั้งกระดูก ทำให้มีอาการปวดตึงกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกหักได้ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

3. ความผิดปกติทางระบบโลหิตวิทยา

3.1 ภาวะโลหิตจาง ไตมีหน้าที่ในการสังเคราะห์ฮอร์โมน Erythropoietin ซึ่งจะกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง เมื่อไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งจะเริ่มตรวจพบอาการเมื่ออยู่ในระยะที่ 3 นอกจากนี้อาจเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จากอาการเบื่ออาหารหรือการจำกัดอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระบวนการรู้คิดลดลง และส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

3.2 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการลดลงของ Platelet factor III และมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้มีภาวะเลือดหยุดยาก เช่นมีเลือดกำเดาไหล ประจำเดือนออกมาก เลือดออกในกระเพาะอาหาร และเลือดออกใต้ผิวหนัง เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

4. ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ในระยะที่ 1 และจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 เมื่อการดำเนินโรคนาน 5 ปี (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

4.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

4.2 โรคหัวใจ (Heart Failure) ความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดหัวใจตีบ ร่วมกับมีการคั่งของโซเดียมและน้ำทำให้หัวใจวาย และปอดบวมน้ำ ซึ่งจะพบในโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเกิดจากภาวะความดัน

โลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน ไชมันในเส้นเลือดสูง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

4.3 โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Ischemic vascular disease) จะสามารถพบได้ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดโคโรนารีตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

5. ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

ภาวะยูรีเมียจะทำให้เกิดอาการปวดท้อง เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ท้องเดิน ท้องผูก หายใจได้กลิ่นปัสสาวะ (Uremic fetor) การรับรสชาติอาหารผิดปกติ และมีอาการระอึก (สุนิสสา สีมม, 2556)

6. ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาท

จะเริ่มพบในระยะที่ 3 ผู้ป่วยมักมี อาการ Restless leg syndrome ขยับเท้าตลอดเวลา ร้อนที่เท้า ชา กัดแล้วเจ็บ เดินเท้าห่าง การทรงตัวไม่ดี ถ้าเป็นมากอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วม ตะคริว ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ผลต่อระบบ ประสาทส่วนกลางทำให้ไม่มีสมาธิ เฉื่อยชา พุดซ้ำ การรับรู้ต่างๆ ลดลง หลงลืมง่าย มี Disorientation ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับในเวลากลางคืน ง่วงซึมในเวลา กลางวัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการ ชีมลง ชัก และ Coma (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

7. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จะมีภาวะปอดบวม น้ำ มีการติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดมีการหายใจลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย มีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไหลลดลงร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอด (สุนิสสา สีมม, 2556)

8. ความผิดปกติของระบบผิวหนัง

ภาวะยูรีเมียทำให้ผิวหนังแห้ง ตกสะเก็ด คัน อาการ คันมักเป็นทั้งตัวเป็นๆ หายๆ อาจเกิดจากภาวะ Hyperparathyroidism ทำให้แคลเซียมในเลือดสูง และไปจับที่ผิวหนังกระตุ้น Mast cell ให้หลั่งฮีสตามีน นอกจากนี้ ยังทำให้ผิวหนังมีจ้ำเลือด มีสีผิว ซีด และออกสีเทาดำเนื่องจากสีของ Urochrome (สุนิสสา สีมม, 2556)

9. ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์

อาจเกิดจากภาวะยูรีเมีย ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ภาวะจิตใจ และยาบางชนิด ทำให้ในเพศชายมีความต้องการทางเพศลดลง ในเพศหญิงมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน หรืออาจเป็นหมันได้ (สุนิสสา สีผสม, 2556)

10. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิตกกังวล กลัว กระวนกระวายใจ มีภาวะซึมเศร้า (สุนิสสา สีผสม, 2556) เนื่องจากลักษณะของอาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรงของโรค การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ตามอาการที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยได้ 17 อย่างชัดเจน (สุนิสสา สีผสม, 2556)

วิธีการรักษาโรคไตเสื่อม

แนวทางการรักษาโรคไตเสื่อมระยะที่ 3 - 4 มีดังนี้ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1. การรักษาโรคไตเสื่อมในระยะที่ 3 เป็นระยะที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการควบคุมในเรื่องของอาหารและน้ำ ควบคุมไปกับการใช้ยา ดังนี้ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1.1 Phosphate binder ระดับฟอสเฟตในเลือดสูง มีผลในเรื่องของการที่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด กระดูกพรุน หลอดเลือด และโรคหัวใจ และมีจับตัวกับแคลเซียมตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย Kidney Disease Outcome Quality Initiative Guideline (K/ DOQI guideline) แนะนำให้ควบคุม ระดับฟอสเฟตให้อยู่ระหว่าง 3.5 - 5.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ยาที่ใช้ในการจับฟอสเฟต เช่น คาร์บอนเนตแคลเซียม และแคลเซียมอะซิเตท ซึ่งมีผลข้างเคียงที่ทำให้มีแคลเซียมในเลือดสูง ถ้าได้ดูดซึมแคลเซียมมากขึ้น จึงควรรับประทานยาพร้อมอาหาร จะส่งผลให้ยาจับกับฟอสเฟตในอาหารได้สูงสุด (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1.2 ยาลดความดันโลหิต ยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต เช่น ยาต้านแคลเซียม ยาต้านเบต้า Angiotensin converting enzyme Inhibitor และ Angiotensin receptor blocker (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

1.3 Erythropoietin ภาวะซีดเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดจากขาดธาตุเหล็ก จากการเสียเลือด หรือจากการขาดสารอีริโทรพอยอิตินที่ทำหน้าที่ให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยจึงควรได้รับยา Recombinant erythropoietin เพื่อช่วยบรรเทาภาวะซีด (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

2. การรักษาโรคไตเสื่อมในระยะที่ 4 โดยวิธีชะลอไตเสื่อมมักไม่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ควรมีความพยายามในการที่จะเข้ารับการรักษาเพื่อลดความเสื่อมของไตไม่ให้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งข้อดีและข้อเสียของวิธีการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เมื่อถึงระยะเวลาที่ต้องรักษา (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคไตเสื่อม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีอัตราการเสื่อมของไตโดยเฉลี่ยประมาณ 1 - 12 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุ ความดันโลหิต และปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) โดยอัตราการกรองของไตจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะรักษาโรคเดิมได้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยนั้น จะต้องมีการควบคุมการทำงานของอัตราการกรองของไต 4 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี และถ้ามีโรคเบาหวานร่วมจะมีการลดลงของอัตราการกรองของไตเร็ว ขึ้น 6-10 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี (ทวี ศิริวงศ์, 2555) ปัจจัยที่มีผลต่อไตเสื่อมสามารถสรุปได้ดังนี้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

1. อายุและเพศอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประชากรที่มีอายุ 60 - 69 ปี เป็นโรคไตร้อยละ 30 และเมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี จะพบโรคไตเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 50 (เกรียง ตั้งสง่า, 2554) นอกจากนี้เพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 18.7 และเพศชายร้อยละ 16.3 (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

2. โรคเบาหวาน จะมีการลดลงของอัตราการกรองของไต 12-15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี (เกรียง ตั้งสง่า, 2554) เกิดจากการที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีการรั่วของ น้ำตาลในปัสสาวะ การดูดกลับของโซเดียมและน้ำบริเวณหลอดเลือดฝอยไตส่วนต้นมากขึ้นและการดูดกลับน้ำและโซเดียมในหลอดเลือดฝอยไตส่วนท้ายน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงฝอยขยายตัว ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น แรงดันในกรวยกรองไตเพิ่มขึ้น เกิดการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

3. ระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมระยะที่ 3 และ 4 เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของภาวะที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้เกิดการเสียชีวิต (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

4. ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะเป็นตัวบ่งบอกได้ถึงอัตราการเสื่อมของไต และความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคจะตรวจพบความผิดปกติในปริมาณโปรตีนที่อยู่ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน แสดงให้เห็นถึง ภาวะไตผิดปกติซึ่งอาจมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน หรือมีความผิดปกติด้านโครงสร้างของไต เช่น กรวยไตอักเสบ โรคถุงน้ำในไต (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

5. ปริมาณสารโปรตีนที่บริโภค สารอาหารโปรตีนที่ได้รับจากอาหารจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายในรูปของไนโตรเจน ทำให้ไตทำงานหนัก เกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

6. ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial cell มีผลทำให้ไตเสื่อม นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตจะมีการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติ โดย ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไตเสื่อมจะมีการเพิ่มขึ้นของไขมัน โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์ และ LDL (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

7. การได้รับยาที่มีผลเสียต่อไต เช่น ยาชุด ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร และยาชนิดที่ไม่ผสมสเตียรอยด์ (NSAID) เช่น แอสไพริน ยาแก้ปวดกระดูกไม่ควรได้รับยาติดต่อกันเกิน 10 วันจะส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมของไต 19 (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

8. การสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นถึง 1.2 เท่า ส่งผลให้มีภาวะ Arteriosclerosis โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ บุหรี่ยังมีผลต่อระดับของยาลดความดันโลหิต (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

แนวทางการชะลอไตเสื่อม

การชะลอการเสื่อมของไตทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเสื่อมของไต จะช่วยยืดระยะเวลาความเสื่อมของไต จนกว่าจะถึงเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการฟอกเลือดออกไปได้อีก ทำให้ยืดระยะเวลาความทรมาณ ความไม่สบายกายสบายใจในการฟอกเลือด ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2553) การชะลอการเสื่อมของไตมีดังนี้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2554; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1. ควบคุมความดันโลหิต แนวทางการลดความดันโลหิตประการแรกคือการจำกัดเกลือ แต่ถ้าความดันโลหิตสูงมากจึงจำเป็นต้องได้รับยา (สมชาย เขียมช่อง, 2554) ปัจจุบันแนะนำให้ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท และถ้ามีปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัมต่อวัน จะต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 125/75 มิลลิเมตรปรอท (สมชาย เขียมช่อง, 2554) การควบคุมความดันโลหิตสามารถทำได้ดังนี้

1.1 การใช้ยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme Inhibitor เป็นอันดับแรก ผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มนี้ โดยมีโปแตสเซียมในเลือดสูง หรืออาการไอแห้งๆ จึงพิจารณาให้ยา Angiotensin eceptor blocker แทน ยาลดความดันโลหิตที่มักใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

1.1.1 Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor หรือ ACE Inhibitor ยับยั้ง เอนไซม์ ACE ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง ลดการรั่วของโปรตีน ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น มีข้อเสียทำให้อัตราการกรองของไตลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ตีบตัน

ไปแต่สเตรียมสูง ร่างกายขจัดสาร Bradykinin ลดลง กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว และไอ (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.2 Angiotensin Receptor Blocker หรือ ARB ออกฤทธิ์ลดระดับ Angiotensin II ทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงไต ยากลุ่มนี้ใช้ได้ดีกับ ผู้ป่วย หัวใจวายเลือดคั่ง เบาหวาน หัวใจโต และโรคหัวใจขาดเลือด ถ้าให้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงมากขึ้น ข้อดีจะไม่ทำให้เกิดอาการไอ ไม่เกิดภาวะโปแตสเซียมสูง ยกเว้นถ้าไตทำงานน้อยลงมาก ข้อเสียคือมีราคาค่อนข้างแพง (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.3 ยาต้านเบต้า ออกฤทธิ์ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นช้า การหยุดยาทันทีจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ความรู้สึกทางเพศลดลง กระตุ้นให้มีการเจ็บหน้าอก หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.4 ยาต้านแคลเซียม ออกฤทธิ์ในการลดแคลเซียมให้เข้าสู่เซลล์จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ ช่วยลดความดันในไต ลดการอักเสบในไต ลดปริมาณโปรตีนที่รั่วทางปัสสาวะ ลดปริมาณสารอนุมูลอิสระ ข้อควรระวังในยามีผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้า หรืออาจทำให้หลอดเลือดขยายตัว ขาบวม หรือผิวดังหระ ผลข้างเคียงทำให้ความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนท่า ถ้าให้ร่วมกับยา ACE I จะช่วยลดอาการบวม ลดความดันโลหิตดีขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.5 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท เมื่อรับประทานยากลุ่มนี้ครั้งแรก ความดัน จะลดลงมาก ทำให้เป็นลม เวียนศีรษะ จึงควรรับประทานก่อนนอน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องลุก ยืน และเกิดความดันโลหิตต่ำ หรือรับประทานขนาดน้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Prazosin methyldopa (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.6 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อหลอดเลือด เช่น Hydralazine minoxidil ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีน้ำคั่งในร่างกาย ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกในคนที่เป็โรคหัวใจขาดเลือด คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เวียนศีรษะ (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

1.1.7 ยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์โดยขับโซเดียมออกจากร่างกาย แต่หลังจากรับประทานยาได้ไม่นาน ทำให้น้ำหนักตัวไม่ลดลง ร่างกายจะปรับสมดุลใหม่ จะต้องงดเกลือ ร่วมด้วย การหยุดยาอย่างทันทีทำให้เกิดอาการบวมมากขึ้น จากการคั่งของโซเดียม ผลข้างเคียงทำให้

ร่างกายขาดสารน้ำ โซเดียมต่ำ โปแตสเซียมต่ำ ขาดวิตามินบี น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

2. การควบคุมอาหารมีความสำคัญต่อผู้ที่มีภาวะไตเสื่อม เพราะจะช่วยให้ ชะลอการเสื่อมของไตยืดเวลาที่จะต้องล้างไตให้ช้าลง, ลดภาระการทำงานของไตในการขับถ่ายของเสีย, ทำให้ไตส่วนที่เหลืออยู่ไม่ต้องทำงานหนักเกินตัว, ช่วยให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร, ลดการคั่งของของเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหาร (ศุภชัยโรคนิเวศ, 2560)

3. การควบคุมเกลือในอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานเกลือไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การลดการบริโภคเกลือลง 1 กรัมต่อวันอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ถึง 1-3 มิลลิเมตรปรอท และถ้าลดการบริโภคเกลือ 3 กรัมต่อวันอย่างต่อเนื่อง จะสามารถลดความดันซิสโตลิกลงได้ถึง 3 - 9 มิลลิเมตรปรอท (เกรียง ตั้งสง่า, 2554) โดยปกติโซเดียมจะถูกขับออกทางปัสสาวะ เหงื่อ และอุจจาระ และอาศัยการทำงานเกี่ยวกับการดูดซึมกลับโซเดียมของท่อไต เพื่อให้มีปริมาณโซเดียมที่สมดุล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการขับโซเดียมออกทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการดูดซึมโซเดียมในท่อไตลดลงการรับประทานเกลือมากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะ Salt retention ส่งให้เกิดความดันโลหิตสูง เกิดการบวมของหลอดเลือด และอาจทำให้มี Proteinuria เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการบวมของท่อไต ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

4. การออกกำลังกายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรออกกำลังกายเบาๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ยังอาจช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดชนิด LDL ได้ในระดับหนึ่ง (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

5. งดการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรงดการสูบบุหรี่ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไต (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

6. ควบคุมน้ำหนักตัว การมีน้ำหนักเกินจะทำให้มีปัญหาในการควบคุมเบาหวาน และยังทำให้การควบคุมความดันโลหิตทำได้ยากมากขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

7. ควบคุมระดับไขมันในเลือด ควรควบคุมระดับไขมันในเลือด ชนิดแอลดีแอลให้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะสามารถชะลอการเสื่อมของไต (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม

อาหาร

1. อาหารประเภทโปรตีนในสัดส่วนที่พอเหมาะ โดยปริมาณโปรตีนที่เหมาะสมคือ 0.6 - 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว การบริโภคอาหารโปรตีนลดลงมีผลต่อการคั่งของของเสียในร่างกายลดลง การรั่วของโปรตีนในปัสสาวะลดลง การทำงานของไตลดลง (สมชาย เข็มมอ่อง, 2554) มีการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis cochrane reviews จากงานวิจัยต่างๆ ในปี พ.ศ. 2528 - 2547 สรุปว่า การบริโภคอาหารโปรตีน 0.61 กรัมต่อน้ำหนักตัวต่อวันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรอง ของไตระหว่าง 15 - 77 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตรจะสามารถลดอัตราการตาย และการรักษาทดแทนไตได้ร้อยละ 31 (สมชาย เข็มมอ่อง, 2554)

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม ผู้ป่วยควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารให้อยู่ระหว่าง 90 - 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7.4. (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ควรซื้อยารับประทานเอง โดยเฉพาะยาแก้ปวด เนื่องจากยาจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางไต นอกจากนี้ยาบางชนิดยังมีผลต่อการเสื่อมของไต ได้แก่ ยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ยาหม้อ และยาลูกกลอน อาจมีการปนเปื้อนของสารที่มีพิษต่อไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยส่วนใหญ่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยอัตราการเกิดภาวะ ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีระยะของการดำเนินโรคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังด้วยเช่นกัน และจะส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และจำกัดเกลือโซเดียม นอกจากนี้ จะต้องลดการรับประทานอาหารโปรตีน เพื่อช่วยให้ไตทำงานลดลงเป็นการชะลอระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2554)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นโมเดลแรกๆ ที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์เพื่อที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับโครงสร้างของ HBM มี 4 องค์ประกอบ คือ (Rosenstock, 1974)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิด โรคนั้นๆ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยง ต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อ ของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือ การง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาส เสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็น โรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง อีก (Rosenstock, 1974)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความ เชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มี ต่อตนในด้านเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะ คุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามี มากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะ หลีกเลี่ยง (สปรียา ตันสกุล, 2550) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้น อาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรง ของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำ ให้บุคคลปฏิบัติตาม คำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Rosenstock, 1974)

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมี ความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม นั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสียมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974)

4. การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ การที่บุคคลจะตัดสินใจทำตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของการกระทำนั้นๆ และพบว่า การทำตามคำแนะนำมีข้อดีมากกว่าตัวแปรอีกตัวที่สำคัญคือ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยไปกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ เช่น การให้เอกสาร สิ่งพิมพ์ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในรูปของการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ในทางลบซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถให้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (Rosenstock, 1974)

ต่อมาในปี 1988 มีการเพิ่มองค์ ประกอบ ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ซึ่งได้นำมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเกิน การขาดการออกกำลังกาย

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่า คน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณีนั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่ามี ความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989)

หลังจากนั้น ต่อมา HBM ได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรม ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เพื่อการตอบคำถามว่าทำไม พฤติกรรมเหล่านี้ จึงเกิดขึ้นและจะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร HBM จึงเป็น

กรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ (health message) เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะมีสุขภาพที่ดี ข้อจำกัดของ HBM มี 2 ประการ คือ

1. อาจจะไม่มีความเชื่อ และเจตคติอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม นอกเหนือจากองค์ประกอบ ทั้ง 4

2. ยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อต้องเกิดก่อนจึงจะทำให้ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจริงๆ แล้วพฤติกรรมเปลี่ยน ก่อนความเชื่อก็อาจจะเป็นไปได้ (Rosenstock, 1974)

วิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากการศึกษาผู้วิจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และความสามารถตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House, 1985) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แคพแพลน (Kaplan, 1977, pp.39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิสซุก (Pillisuk, 1982, p.20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็น

ตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดย

สรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982, p.20) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย 2.1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามี ความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ 2.2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม 2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม 3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเฮ้าส์ (House, 1985 as cited in Babara, 1985, p.66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูล บอกรับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมนักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985, pp.5 - 12) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ ใช้ทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ความรู้สึกนึกคิดเจตคติท่าทีความคิดเห็นที่บุคคล มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective Domain) และในรูปของ การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

พฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยของคนเราจะเกิดขึ้น บนพื้นฐานของความเชื่อ ในสาเหตุ อากาโรอันตรายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง จะเป็นตัวกำหนดการรักษาพยาบาลตัวอย่างเช่น เมื่อเจ็บคอเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อตัวเองป่วย (รับรู้) สิ่งแสดงออกถึงอาการเจ็บป่วยคือ การรักษาพยาบาล 2) พฤติกรรมการรักษาโรค คือการแสดงออก

โดยการกระทำหรือไม่กระทำ ถ้าพฤติกรรมตัวนี้ไม่ดีก็จะเกิดการเจ็บป่วยเช่นการไม่สวมหมวกนิรภัย เมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำให้ เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น การจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ก็ต้องมองเห็นแล้วว่า สิ่งที่ทำอยู่นั้นจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์เช่น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายดีระบบต่างๆ ดีจิตดีทุกองค์ประกอบ ของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ 4) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมคือการกระทำเพื่อส่งผลดีต่อส่วนรวม เช่นคนในชุมชน มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Chang Behavior) หมายถึง การปรับเปลี่ยน ทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลง ที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพภายใน (CovertBehavior) เป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็น รูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพ ของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้ เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมสุขภาพภายนอก (Overt Behavior) เป็นปฏิกริยาต่างๆ ของบุคคลที่ แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า (Good, 1959, pp.44-60) มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Modification) หมายถึง การนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบโดยเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพสามารถสังเกตและวัดได้เป็นสำคัญ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของพฤติกรรมนั้น โดยวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึงปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีเหตุผลอันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและถาวรต่อไป ปัจจัยที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ 1.1) ความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะความรู้ที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม สุขภาพที่เรียกว่า Essential Knowledge และเป็นความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ภายใต้ระบบ วิธีชีวิตที่เป็นอยู่ 1.2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับรู้ตามแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock และคณะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ของ Bandura เป็นต้น 1.3) ค่านิยม เจตคติ ฯลฯ 1.4) ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยนำที่มีความสำคัญ อย่างหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ 1.5) ปัจจัยด้านประชากร ถือเป็นกลุ่มปัจจัยนำอย่างหนึ่ง แต่มีความสำคัญ น้อยกว่าปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึงปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องมีหรือเกิดขึ้นก่อน ที่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะใช้ประกอบกระทำพฤติกรรม เช่น อาหารสำหรับพฤติกรรมการบริโภค ทายอะเบทสำหรับพฤติกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลาย บุหรี่ก็เป็นปัจจัยเอื้อที่ไม่พึงประสงค์ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึงปัจจัยภายนอกทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น เกิดได้เร็วขึ้น ยั่งยืน หรือช้าลง ปัจจัยเสริม เป็นได้ทั้ง - บุคคล เช่น แม่ตัวอย่าง ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข - กลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มเครือญาติ ชุมชน สมาคม หรือกฎระเบียบของกลุ่ม ของชุมชน ของสังคม วิถีชีวิตวัฒนธรรม รวมทั้งระเบียบปฏิบัติกฎหมายของบ้านเมือง เป็นต้น ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยตรงที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง นั่นก็คือ แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด 13 เป็นการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สาเหตุรอง การดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จะกระทำได้ง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยสาเหตุอ้อมของปัญหาสาธารณสุขแวดล้อม ทั้งปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี แบบแผนการดำรงชีวิต ฯลฯ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดทางระบาดวิทยาควบคู่ไปกับ แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์จะช่วยให้มองเห็นภาพของสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากสภาพการณ์ของปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ พบว่า สาเหตุตรงของปัญหา สาธารณสุขเกือบทั้งหมดเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นสาเหตุรองของปัญหาจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มดังได้กล่าวมาแล้ว (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

พฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงกระตุ้นให้เกิดการอยากจะทำพฤติกรรมใดก็ตามที่บ่งชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคไต

กมลวรรณ สาระ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ผลการศึกษาความชุกของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 (ค่าเฉลี่ย eGFR<60 ml/min/1.73 m²) ในผู้ป่วยสะสม 5 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสมการ ทั้ง 5 สมการ พบว่า สมการ C-G มีความชุกสูงสุด รองลงมา ได้แก่ CKD-EPI, MDRD, T-GFR และ MDRD-F คิดเป็นร้อยละ 11.04, 6.63, 6.29, 5.85 และ 4.73 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดโรคโลหิตจาง โรคเก๊าท์ และโรคนิ่ว

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้บำบัดทดแทนไต ผลการวิจัย พบว่า อากาศ ($r = -0.276, p < 0.01$) โรคร่วม ($r = -0.234, p < 0.01$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.289, p < 0.01$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.212, p < 0.05$)

สุพิชา อาจคิดการ (2555) ศึกษา พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm SD = 123.20 \pm 9.51$) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้าน การแพทย์ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. = 102.92 \pm 8.90, 8.35 \pm 1.40, 12.0 \pm 2.38$) คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm = 20.45 \pm 2.23, 175.48 \pm 11.04, 2.64 \pm 4.05$) และภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm = \pm S.D. = 225.42 \pm 21.08$) อายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < 0.01$)

ภทรพรรณ บุตรวาปี (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยเป็นความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน

วีรวรรณ พงศ์พุดพิพัชร และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD = 11.67) ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median = 70, M=73.10, SD = 10.89) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 7.54, SD = 1.97) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 93.07, SD = 8.66) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323, F_{(6,93)} = 7.409$) ($p = .000$) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.390, p = .000$)

อาทิทยา อติวิชญานนท์ (2558) ศึกษา ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองและการสนับสนุนจาก ครอบครัว อยู่ในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.3และมีการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี โดยความรู้ในการจัดการตนเองการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, r = .62, r = -.47, p < .001$,ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .40$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.35$) และความรู้ในการจัดการตนเอง ($\beta = .31$) ตามลำดับ

วิภาวรรณ อะสงค์ (2558) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมกาบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 38.45, SD = 8.23$) พฤติกรรมกาบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .522, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .235, p < .05$) และความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการบริโภคอาหารและ

น้ำ ($r = .221, p < .05$) การรับรู้อากาศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ($\beta = .522, p < .001$) ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 27.2

สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.361, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta = -0.228, p < .05$) และอายุ ($\beta = -0.197, p < .05$) ตามลำดับ ปัจจัยทั้งสามสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 44.7 ($R^2 = 0.447, p < .001$)

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63, SD = 0.96$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.04, SD = 1.02$) การปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมในบ้านครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ด้านสังคมและชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56, SD = 0.01; \bar{X} = 2.52, SD = 0.97$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้าน โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 15.6 โดยการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .212, p < .05$) สามารถทำนายได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ อากาศ ($Beta = -.197, p < .01$) ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมจัดการอากาศ ควบคุมโรคร่วม เพื่อการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้ป่วยให้ได้ดียิ่งขึ้น

เบญจมาศ เรืองดิษฐ์ และคณะ (2559) เพื่อศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพพระตบปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายโดยมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารการผ่อนคลายอารมณ์และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยทุกรายสามารถชะลอการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายจากระดับซีรัมครีเอตินินที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการดูแล

ตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตชะลอความก้าวหน้าของโรค และการได้รับการบำบัดทดแทนไตได้

กังสดาล หาญไพบุลย์ และคณะ (2562) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้ร้อยละ 27.00 ($R^2 = 0.270$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดีที่สุด ($b = 0.321$, $P\text{-value} < 0.001$) รองลงมา ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($b = 0.177$, $P\text{-value} = 0.006$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($b = -0.158$, $P\text{-value} = 0.006$) และความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($b = 0.143$, $P\text{-value} = 0.023$) ตามลำดับ สรุป: การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 สามารถทำได้ โดยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การชะลอไตเสื่อมต่อไป

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กาญจนา บริสุทธิ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุภาพร เพชรอร่าม (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ($r = 0.488$, $p < 0.01$)

การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.325, p < 0.01$) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($r = 0.335, p < 0.01$)

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และคณะ (2555) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิการศึกษาคั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาพะรายด้านและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (X1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (X2) รายได้ (X3) และระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งสุดท้าย (X4) สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง (\hat{Y}) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($F = 13.962, p\text{-value}$)

อภิญา บำานกลาง และคณะ (2559) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานในระดับสูง (ร้อยละ 72.27) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 42.86 และ 56.30) ส่วนพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 40.34 และ 59.66) แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ที่ดีอย่างเดียว อาจไม่ได้ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดังนั้นการพยากรณ์ปัจจัยเสี่ยงนั้น แพทย์พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้เป็นสำคัญควรเน้นย้ำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติพฤติกรรมช่วยขจัดอุปสรรคที่ผู้ป่วยมองเห็น และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรค เบาหวาน อายุ และอาชีพหรือลักษณะงานของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

อาทิตยา วังวนสินธุ์ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.5%) อายุเฉลี่ย 57.42 ปี สถานภาพสมรส (77.8%) ศึกษาในระดับประถมศึกษา (76.5%) อาชีพเกษตรกร (50.1%) ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.17 ปี มีโรคร่วม (81.6%) รับการรักษาด้วยการกินยา (94.0%) สูบบุหรี่ (9.6%) ดื่มสุรา (11.9%) มีค่าเฉลี่ยผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) = 7.39% ระดับ HA1C < 7 % (44.68%) ค่าดัชนีมวลกายเกินอ้วน (63.98%) และรอบเอวเกิน (56.33%) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง

และการจัดการสุขภาพตนเองในระดับสูง ตัวแปรการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Beta = .673, $p < 0.001$) เพศหญิง (Beta = .068, $p < .005$) อาชีพรับข้าราชการ (Beta = .059, $p < .005$) อาชีพรับจ้าง (Beta = .054, $p < .005$) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (Beta = .047, $p < .005$) ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสามารถอธิบายการผันผวนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 48.5

สรุปปัจจัยที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะไตเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

เพศ (กมลวรรณ สาระ, 2559; รวีวรรณ พงศ์พุดพิพัชร และคณะ, 2558)

อายุ (กมลวรรณ สาระ, 2559; สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ, 2554; ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558; รวีวรรณ พงศ์พุดพิพัชร และคณะ, 2558; สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ, 2559)

โรคร่วม (กมลวรรณ สาระ, 2559; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2559)

รายได้ (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558)

ระดับการศึกษา (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับ HbA1c ระยะเวลาในการเป็นโรค (รวีวรรณ พงศ์พุดพิพัชร และคณะ, 2558; อาทิตยา วัฒนสินธุ์, 2561)

ความรู้ ได้แก่ (สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ, 2554; อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2558; วิภาวรรณ อะสงค์, 2558; อภิญญา บ้านกลาง และคณะ, 2559)

ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรง (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558)

การรับรู้ประโยชน์ (ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558; สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ, 2559)

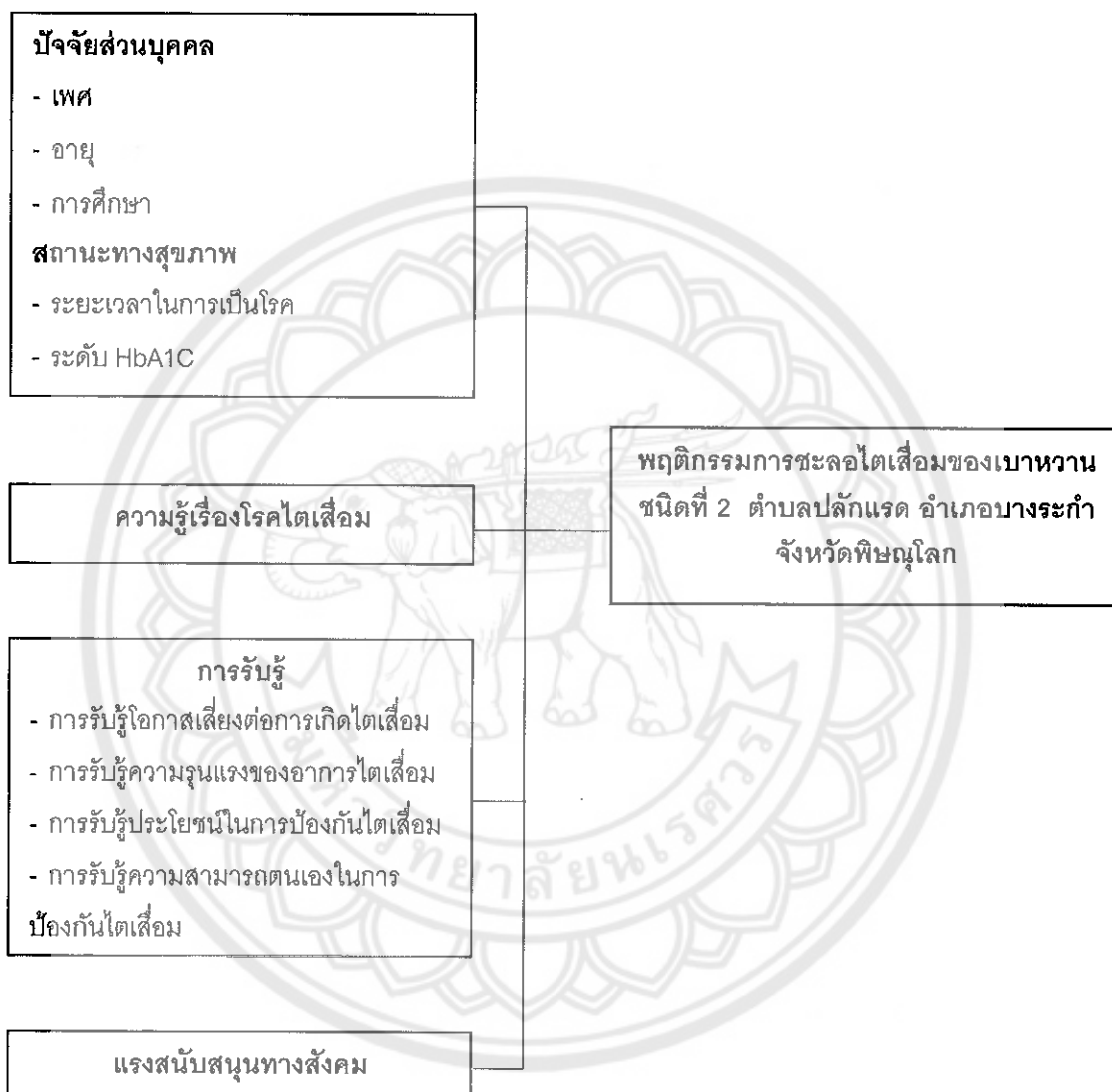
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การรับรู้ความสามารถตนเอง (สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ, 2554; ภัทรพรรณ บุตรวาปี, 2558; กังสดาล หาญไพบุลย์ และคณะ, 2562)

ปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ, 2554; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; อาทิตยา อติวิชญานนท์, 2558; วิภาวรรณ อะสงค์, 2558; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2559; กังสดาล หาญไพบุลย์ และคณะ, 2562)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีมาเป็นกรอบในการศึกษา โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะไตเสื่อม 1 – 3 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากรายชื่อในทะเบียนการเข้ารับบริการของคลินิกโรคเรื้อรังที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนโรคเบาหวานของเขตรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด จำนวน 237 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะไตเสื่อม 1 – 3 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากรายชื่อในทะเบียนการเข้ารับบริการของคลินิกโรคเรื้อรังที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนโรคเบาหวานของเขตรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณ สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณการค่าเฉลี่ย กรณีทราบประชากร โดยคำนวณจากโปรแกรม N4Studies (Wayne, 1995)

$$\text{สูตร } n = \frac{N\sigma^2 z_{\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือ α เท่ากับ 0.05 $Z_{\alpha/2} = 1.96$

n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 237

σ = ค่าความแปรปรวน

ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของ สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง พบว่า มีค่า SD. = 0.38 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรม = 2.89

$d =$ ค่าความคาดเคลื่อน ผู้วิจัยกำหนด $= 0.05$

แทนค่าจากสูตร

$$n = \frac{(237)(0.38)^2}{\frac{(237-1)0.05^2}{(1.96)^2} + 0.38^2}$$

$n = 115$

จากการคำนวณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 115 คน ทั้งนี้ มีตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร ซึ่ง Hair et al. (2010) เสนอว่าถ้าใช้ Multiple Regression Analysis: MRA จะต้องมีตัวแปรอิสระ อย่างน้อย 10 – 30 เท่าของตัวแปรตาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากรเก็บข้อมูล 20 เท่าของจำนวนตัวแปร เท่ากับ 220 คน

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในทะเบียนโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

หมู่	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะไตเสื่อม 1 - 3	จำนวนตัวอย่าง
1	46	44
3	84	78
4	42	37
5	33	31
6	11	10
7	21	20
รวม	237	220

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากสูตร $I = \frac{N}{n}$

$I =$ ช่วงของการสุ่มเลือก

$N =$ จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทั้งหมด (คน)

$n =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องการ (คน)

$$\text{แทนค่า} \quad I = \frac{237}{220}$$

$$I = 1.07 \sim 1 \text{ คน}$$

ได้ระยะห่างในการสุ่ม = 1

นำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานเรียงตามทะเบียนรายหมู่บ้าน หลังจากนั้นสุ่มจับหมายเลขเริ่มต้น (Random start) โดยทำฉลากขึ้นมา 1 – 10 แล้วจับฉลากขึ้นมาว่าจะได้เลขอะไรเพื่อที่จะสุ่มจับรายชื่อ โดยมีระยะห่างของช่วงในการสุ่ม 1 คน ตามรายชื่อที่เรียงไว้ตามลำดับของตัวอักษรข้างต้น โดยสุ่มจากรายชื่อทั้งหมดให้ได้จำนวน 220 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่ตามสัดส่วนที่กำหนด ในกรณีที่จับฉลากขึ้นมาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายออกจากพื้นที่ และมีระยะไต่เส้นไหมที่เพิ่มสูงขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการจับฉลากเพื่อสุ่มรายชื่อคนใหม่ขึ้นมาแทนที่ ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

งานวิจัยนี้ เก็บข้อมูล 220 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ 100% เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว พบว่า มีแบบสอบถามที่นำมาใช้ได้ 207 ชุด ดังนั้น คิดเป็น $\frac{207}{11} = 18.81$ เท่าของตัวแปร

เกณฑ์การตัดเข้า

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และไม่ได้ โดยอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. มีภาวะไตเสื่อมระดับ 1 – 3 ที่อยู่ในทะเบียนรายชื่อโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

3. ยินยอมให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การตัดออก

1. ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง)

2. เสียชีวิตในระหว่างการศึกษา หรือย้ายออกจากตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามคำถามปลายเปิด (Open ended questions) และคำถามปิด (Closed ended questions) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และการศึกษา จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สถานะทางสุขภาพ เป็นข้อความคำถามปิด (Closed ended questions) และแบบเติมคำ ได้แก่ การมีโรคร่วม, ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เกี่ยวกับระดับ Hemoglobin A1C; HbA1C (จากทะเบียนโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ในประวัติล่าสุดของการมารับบริการ) จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ เป็นแบบสอบถามคำถามปิด (Closed ended questions) จำนวน 15 ข้อ

ตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบ 1 หมายถึง ตอบใช่, 0 หมายถึง ตอบไม่ใช่

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Bloom, 1986) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	80 – 100%
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	60 – 79%
ระดับต่ำ	หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	ต่ำกว่า 60%

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทางด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ไข้หวัดใหญ่, การรับรู้ความรุนแรงของอาการไข้หวัดใหญ่, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไข้หวัดใหญ่, การรับรู้ ความสามารถตนเองในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรค จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อความคำถามปิด (Close ended questions) ให้เลือกตอบในลักษณะเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ ให้เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไข้หวัดใหญ่ จำนวน 5 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{25-5}{3} = \frac{20}{3} = 6.67 \approx 7$$

ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 19 – 25

ระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 13 – 18

ระดับต่ำ หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ ต่ำกว่า 12

2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม จำนวน 4 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{20-4}{3} = \frac{16}{3} = 5.33 \approx 5$$

ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 16 – 20

ระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 11 – 15

ระดับต่ำ หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ ต่ำกว่า 10

3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม จำนวน 5 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{25-5}{3} = \frac{20}{3} = 6.67 \approx 7$$

ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 19 - 25

ระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 13 – 18

- ระดับต่ำ หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ ต่ำกว่า 12
4. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม จำนวน 5 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{25-5}{3} = \frac{20}{3} = 6.67 \approx 7$$

ระดับสูง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	19 - 25
ระดับปานกลาง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	13 - 18
ระดับต่ำ หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	ต่ำกว่า 12

5. แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ข้อ

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{15-3}{3} = \frac{12}{3} = 4$$

ระดับสูง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	12 - 15
ระดับปานกลาง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	8 - 11
ระดับต่ำ หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	ต่ำกว่า 8

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ การควบคุมอาหาร, ด้านการติดตามภาวะสุขภาพตนเอง, ด้านการใช้ยา, ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง / ออกกำลังกาย และด้านการปรับการดำเนินชีวิต จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด (Close ended questions) ให้เลือกตอบใน

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ ให้เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีในตัวเลือกตามที่จัดเตรียมให้ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบางครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน 3 ระดับจากสูตรของ (Best, 1977) $\frac{\text{Max} - \text{Min}}{3}$ ดังนี้

$$\text{แทนค่าจากสูตร} \frac{100-25}{3} = \frac{75}{3} = 25$$

ระดับสูง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	76 - 100
ระดับปานกลาง หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	51 - 75
ระดับต่ำ หมายถึง	มีค่าคะแนนตั้งแต่	25 - 50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องของการใช้ภาษาความชัดเจนของภาษา ความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ค่า Content validity index: CVI แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือทดลองใช้ โดยกำหนดค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.8 (Davis, 1992; Lynn, 1986)

ตัวเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับนิยาม
- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับนิยาม

หลังจากทดลองใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity index: CVI) โดยผลวิเคราะห์ได้จากค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเสื่อม	มีค่าเท่ากับ 0.85
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	มีค่าเท่ากับ 0.80
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	มีค่าเท่ากับ 0.84
ด้านการรับรู้ประโยชน์	มีค่าเท่ากับ 0.84

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	มีค่าเท่ากับ 0.88
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	มีค่าเท่ากับ 0.80
พฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อม	มีค่าเท่ากับ 0.88

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพื้นที่ตำบลบ้านดง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณลักษณะประชากรใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ไ้ค่า KR – 20 แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) กำหนดค่าไม่ต่ำกว่า 0.7 เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Kbel, & FUivbie, 1986)

หลังจากทดลองใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผลวิเคราะห์ได้จากค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไตเสื่อม	มีค่าเท่ากับ 0.73
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	มีค่าเท่ากับ 0.89
การรับรู้ความรุนแรง	มีค่าเท่ากับ 0.83
ด้านการรับรู้ประโยชน์	มีค่าเท่ากับ 0.80
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	มีค่าเท่ากับ 0.84
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	มีค่าเท่ากับ 0.76
พฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อม	มีค่าเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 รวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนเบาหวาน ที่มีระยะไตเสื่อม 1 – 3 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรดและลงมือดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด โดยมี ขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตในการวิจัยในมนุษย์ จากทางมหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB NO. 1032/60)
2. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อที่จะขอลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และศึกษาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3. ผู้วิจัยจะลงพื้นที่ไปประสานงานกับอาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเบื้องต้นในการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมืออาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้านในการนำพาผู้วิจัยลงไปในชุมชนตามรายชื่อที่ได้จากทะเบียนผู้มารับบริการโรคเรื้อรังในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลในชุมชน โดยข้อมูลส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ที่ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยงานซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรดอยู่แล้ว

4. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตอบข้อคำถาม ตามแบบสอบถามที่ได้จัดเตรียมไว้ให้บรรลุนเป้าหมาย

5. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและเป็นผู้กรอกข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างฟังด้วยตนเอง และจะใช้วิธีการประทับลายนิ้วมือของกลุ่มตัวอย่างแทนการลงนามด้วยตัวหนังสือ

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้วกลับ 220 ชุด ผู้วิจัยตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกเหลือ 207 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 มาตรวจสอบ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการ วิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis โดยวิธี stepwise

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม 1 – 3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลจำนวน 220 คน แบบสอบถามที่นำมาใช้ได้เพียง 207 ชุด มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลโดยใช้การบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล
2. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ
3. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม
4. ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้เรื่องไตเสื่อม
 - 4.1 ผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.2 ผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.3 ผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.4 ผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.5 ผลคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง
5. ผลการวิเคราะห์คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม
6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณ สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 55-70 ปี ร้อยละ 60.4 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 64.7 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 94.7 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 49.8 และมีญาติที่เป็นโรคเบาหวาน พบมีประวัติ ร้อยละ 67.6 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 207)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 207)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	30
หญิง	145	70
อายุ ($\bar{x} = 64.26$, $SD = 9.52$, $min = 42$, $max = 91$)		
< 55 ปี	39	18.8
55 – 70 ปี	125	60.4
71 ปีขึ้นไป	43	20.8
สถานภาพ		
โสด	17	8.2
สมรส	134	64.7
หย่าร้าง/หม้าย	56	27.1
การศึกษา		
ประถมศึกษา	196	94.7
สูงกว่าประถมศึกษา	11	5.3
อาชีพ		
เกษตรกร	68	32.9
ประกอบอาชีพอิสระ (รับจ้าง/ค้าขาย)	36	17.4
ไม่ได้ทำงาน	103	49.8
ประวัติญาติที่เป็นโรคเบาหวาน		
มี	140	67.6
ไม่มี	67	32.4

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง มีโรคร่วม ร้อยละ 83.6 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 99 จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับ HbA1C น้อยกว่า < 7 % ร้อยละ 57.5 มีระยะไตเสื่อม Stage 2 ร้อยละ 44.9 รองลงมา มีระยะไตเสื่อม stage 1 ร้อยละ 38.2 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนสถานะทางสุขภาพ (n = 207)

ข้อมูลสถานะทางสุขภาพ	จำนวน (n = 207)	ร้อยละ
โรคร่วม (ความดันโลหิตสูง, ไขมัน, เก๊าต์, หัวใจ)		
มี	173	83.6
ไม่มี	34	16.4
ระยะเวลาในการเป็นโรค (\bar{X} = 2.0386, SD = 1.09653, min = 1, max = 6)		
< 5 ปี	205	99
5 – 10 ปี	2	1.0
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
HbA1C (\bar{X} = 7.0947, SD = 1.18247, min = 5.30, max = 13.70)		
< 7 % สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	119	57.5
>7 % ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	88	42.7
ระยะไตเสื่อม		
stage 1	79	38.2
stage 2	93	44.9
stage 3	35	16.9

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.9 รองลงมา เป็นระดับต่ำ ร้อยละ 7.8 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม (n = 207)

ระดับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (80 - 100 %) (คะแนน 11 - 15 คะแนน)	178	85.9
ระดับปานกลาง (60 - 79%) (คะแนน 7 - 10 คะแนน)	13	6.3
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 60%) (คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน)	16	7.8

(\bar{x} = 13.8551, SD = 2.19847, min = 6, max = 15)

2. ผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายข้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบถูกในข้อ 15 เรื่องการรับประทานยาลูกกลอน อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 100 รองลงมาคือข้อ 1 เรื่องการรับประทานรสเค็มทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ร้อยละ 97.1 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายข้อเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม (n = 207)

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	
1. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น	6 (2.9)	201 (97.1)
2. การใช้ยาเบาหวานติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ซึ่งไตต้องทำงานหนักในการกำจัดออกจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม	11 (5.3)	196 (94.7)
3. ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมจะมีอาการเท้าบวม	15 (7.2)	192 (92.8)
4. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และควรดื่มน้ำให้มากๆ หลังการรับประทานยาทุกครั้ง เพื่อช่วยให้การขับสารเคมีจากยาดีขึ้น ทำให้สารตกค้างในร่างกายน้อยลงได้	16 (7.7)	191 (92.3)
5. ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อม ในระยะที่ 1 - 3 ควรดื่มน้ำมากๆ เพราะไตจะทำหน้าที่ได้ดี	23 (11.1)	184 (88.9)
6. การมีปัสสาวะสีเข้มเป็นอาการแสดงของภาวะไตเสื่อม	22 (10.6)	185 (89.4)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่ใช้	ใช้
	จำนวน (ร้อยละ)	
7. การมีภาวะน้ำตาลสะสมในเลือดสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงทำให้ไตทำงานหนักขึ้น จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม	24 (11.6)	183 (88.4)
8. การออกกำลังกายช่วยให้การเผาผลาญในร่างกายดีขึ้น	12 (5.8)	195 (94.2)
9. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มีผลทำให้เสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อมสูง	16 (7.7)	191 (92.3)
10. ในกลุ่มที่เริ่มมีอาการไตเสื่อมต้องควบคุมอาหารประเภทโปรตีน เกลือและไขมัน	20 (9.7)	187 (90.3)
11. การสูบบุหรี่ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น	27 (13.0)	180 (87.0)
12. อาการของผู้ป่วยไตเสื่อม ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่ค่อยหลับ	25 (12.1)	182 (87.9)
13. การรับประทานยาฆ่าเชื้อติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้ไตทำงานหนักมากกว่าปกติได้	10 (4.8)	197 (95.2)
14. การตรวจหาระยะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ทำได้โดยการตรวจเลือด และตรวจปัสสาวะ	10 (4.8)	197 (95.2)
15. การรับประทานยาลูกกลอน อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้	0 (0)	207 (100)

ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้เรื่องโรคไตเสื่อม

1. ผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผลคะแนนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.2 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 18.9 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม (n = 207)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (19 คะแนนขึ้นไป)	162	78.2
ระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	39	18.9
ระดับต่ำ (< 12 คะแนน)	6	2.9

$\bar{x} = 20.5652$, $SD = 3.30847$, $min = 10$, $max = 25$

1.2 ผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อ 4 กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าการเป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม รองลงมาในข้อ 3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน มีผลต่อภาวะไตเสื่อม ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมรายข้อ (n = 207)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำอาจทำให้ท่านมี โอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อม	57 (27.5)	95 (45.9)	41 (19.8)	10 (4.8)	4 (1.9)	3.9227 (.91578)	สูง
2. ท่านที่ไม่ออกกำลังกายจะทำให้การขับ ของเสียในร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดการ ตกค้างของ ของเสียที่ไตเป็นเวลานานไม่มี การช่วยการเผาผลาญที่ดี จึงทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะไตเสื่อมได้	62 (30.0)	112 (54.1)	25 (12.1)	6 (2.9)	2 (1.0)	4.0918 (.78597)	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต เสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปล ผล
	จำนวน (ร้อยละ)						
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน อาจทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคไตเสื่อม	73 (35.3)	108 (52.2)	18 (8.7)	8 (3.9)	0 (0)	4.1884 (.74928)	สูง
4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการมี ภาวะไตเสื่อมสูง	71 (34.3)	112 (54.1)	20 (9.7)	4 (1.9)	0 (0)	4.2077 (.68997)	สูง
5. ท่านไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคไตเสื่อม	70 (33.8)	106 (51.2)	24 (11.6)	7 (3.4)	0 (0)	4.1546 (.75380)	สูง

2. ผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผลคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง
ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 72.3 ร่วงลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม
ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม (n = 207)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (16 - 20 คะแนน)	150	72.3
ระดับปานกลาง (11 - 15 คะแนน)	55	26.7
ระดับต่ำ (< 10 คะแนน)	2	1.0

\bar{X} = 16.6812, SD = 2.57975, min = 8, max = 20

2.2 ผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงว่าการรักษามีค่าใช้จ่ายที่สูง รองลงมาในข้อ 4 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อขณะฟอกไตทำให้เสียชีวิตได้ ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมรายข้อ (n = 207)

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)						
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. คนที่มีภาวะไตเสื่อม จะส่งผลให้การทำงานของเสียที่ลดลง	72 (34.8)	99 (47.8)	31 (15.0)	5 (2.4)	0 (0)	4.1498 (.75799)	สูง
2. ผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมที่ต้องรับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด อาจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก	101 (48.8)	74 (35.7)	25 (12.1)	4 (1.9)	3 (1.4)	4.2850 (.85951)	สูง
3. ผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมจะต้องมีการล้างไตทางช่องท้องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จึงอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้	65 (31.4)	99 (47.8)	39 (18.8)	3 (1.4)	1 (0.5)	4.0821 (.77461)	สูง
4. หากเกิดการติดเชื้อระหว่างการฟอกไต อาจทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิตได้ทันที	75 (36.2)	94 (45.4)	36 (17.4)	1 (0.5)	1 (0.5)	4.1643 (.75818)	สูง

3. ผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ผลคะแนนระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.2 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 แสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง
ภาพรวม ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม (n = 207)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (19 - 25 คะแนน)	159	77.2
ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	48	22.8
ระดับต่ำ (< 12 คะแนน)	0	0

$\bar{X} = 20.5749$, $SD = 2.80654$, $min = 13$, $max = 25$

3.2 ผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ
เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค
ไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ว่า
การควบคุมน้ำตาลในเลือดช่วยป้องกันไตเสื่อม รองลงมาในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของ
การออกกำลังกายช่วยป้องกันไตเสื่อมได้ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ต่อ
การป้องกันการเกิดโรคไตเสื่อมรายข้อ (n = 207)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการเกิด โรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำ ช่วย ป้องกันไตเสื่อม	62 (30.0)	116 (56.0)	29 (14.0)	0 (0)	0 (0)	4.1594 (.64514)	สูง
2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติจะช่วยป้องกันความเสื่อมของไตได้	74 (35.7)	114 (55.1)	17 (8.2)	2 (1.0)	0 (0)	4.2560 (.64398)	สูง
3. การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดการทำงานของ ไตได้ การลดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และควิน นินจะช่วยป้องกันโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ได้	62 (30.0)	108 (52.2)	28 (13.5)	6 (2.9)	3 (1.4)	4.0628 (.82493)	สูง

ตาราง 11 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการเกิดโรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
4. ผู้ป่วยเบาหวานควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เพื่อช่วยในการขับของเสียที่ไต	60 (29.0)	121 (58.5)	24 (11.6)	2 (1.0)	0 (0)	4.1546 (.65007)	สูง
5. การใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการรักษาโรคเบาหวาน อาจทำให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น	63 (30.4)	86 (41.5)	44 (21.3)	11 (5.3)	3 (1.4)	3.9420 (.92774)	สูง

4. ผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ผลคะแนนระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อมกลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 11.2 ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม ($n = 207$)

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (19 – 25 คะแนน)	183	88.8
ระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	24	11.2
ระดับต่ำ (< 12 คะแนน)	0	0

$\bar{X} = 21.4928$, S.D. = 2.54450, min = 15, max = 25

4.2 ผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อมกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองว่าสามารถไปตรวจคัดกรองไตได้ รองลงมาในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองในการไปพบแพทย์ตามนัดได้ ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อมรายข้อ (n = 207)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น					\bar{X} (SD)	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)						
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
1. ท่านสามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองไตเสื่อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	102 (49.3)	98 (47.3)	7 (3.4)	0 (0)	0 (0)	4.4589 (.56345)	สูง
2. การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งจะช่วยป้องกันโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้	101 (48.8)	94 (45.4)	12 (5.8)	0 (0)	0 (0)	4.4300 (.60232)	สูง
3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง	64 (30.9)	113 (54.6)	29 (14.0)	1 (0.5)	0 (0)	4.1594 (.66733)	สูง
4. การป้องกันไตเสื่อมสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น	81 (39.1)	110 (53.1)	14 (6.8)	2 (1.0)	0 (0)	4.3043 (.63790)	สูง
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการปรุงรสอาหารด้วยน้ำปลา ผงชูรส และน้ำตาลได้	68 (32.9)	103 (49.8)	33 (15.9)	3 (1.4)	0 (0)	4.1401 (.72720)	สูง

5. ผลคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ผลคะแนนระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมใจในการป้องกันโรคไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 18 ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม ข้อมูลการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม (n = 207)

ระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (12 - 15 คะแนน)	169	82
ระดับปานกลาง (8 - 11 คะแนน)	38	18
ระดับต่ำ (< 8 คะแนน)	0	0
$\bar{X} = 12.8937, S.D. = 1.55117, \min = 9, \max = 15$		

5.2 ผลคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อมในการป้องกันโรคไตเสื่อมกลุ่มตัวอย่างแยกข้อ

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รองลงมาในข้อ 3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่เคยเห็นผู้มีประสบการณ์ฟอกไตทำให้เกิดความกลัว ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม รายข้อ (n = 207)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น						\bar{X} (SD)	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)							
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
1. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อม	82 (39.6)	110 (53.1)	15 (7.2)	0 (0)	0 (0)	4.3237 (.60465)	สูง	
2. ท่านมีบุตรหลาน ครอบครัว และคนที่รักทำให้ท่านอยากมีสุขภาพที่ดี เพื่ออยู่กับครอบครัวนานๆ	70 (33.8)	123 (59.4)	14 (6.8)	0 (0)	0 (0)	4.2705 (.57812)	สูง	
3. ประสบการณ์การเคยเห็นคนอื่นล้างไต ทำให้ท่านรู้สึกกลัวและกังวล	75 (36.2)	121 (58.5)	9 (4.3)	2 (1.0)	0 (0)	4.2995 (.59704)	สูง	

ผลการวิเคราะห์คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม

1. ผลคะแนนระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อมกลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 10.7 ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมข้อมูลพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม (n = 207)

ระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (76 - 100 คะแนน)	23	10.7
ระดับปานกลาง (50 - 75 คะแนน)	184	89.3
ระดับต่ำ (< 24 คะแนน)	0	0
$\bar{X} = 58.5024$, S.D. = 7.35169, min = 39, max = 83		

2. ผลคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อมในการป้องกันโรคไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างแยกข้อ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 1 (ดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว) ข้อ 9 (รับประทานผักและผลไม้ที่มีประโยชน์) และข้อ 12 (รับประทาน อาหารครบ 3 มื้อ) มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 3 (รับประทานนมหวาน) ข้อ 4 (เติมเครื่องปรุงรสในอาหารก่อนการรับประทาน) ข้อ 5 (รับประทานของทอด) ข้อ 7 (รับประทาน อาหารรสจัด) ข้อ 8 (รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน) ข้อ 10 (รับประทานข้าวมากกว่า 2 ทัพพีต่อมื้อ) และข้อ 13 (รับประทานขนมปัง) และมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ในข้อ 2 (มีพฤติกรรมการดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม) ข้อ 6 (มีพฤติกรรมการรับประทานของหมักดอง) และข้อ 11 (มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารทะเล) ด้านพฤติกรรมการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 14 (มีพฤติกรรมการรับประทานยาแก้ปวด) และมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ในข้อ 15 (มีพฤติกรรมการซื้อยามารับประทานเอง) ข้อ 16 (มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้มสมุนไพร) ข้อ 17 (มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเองเมื่อมีอาการโดยไม่ได้ถูกแพทย์สั่ง) และข้อ 18 (มีพฤติกรรมการใช้ยาขับปัสสาวะ)

ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 19 (มีพฤติกรรมกรบริหารร่างกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที) ข้อ 20 (มีพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ด้วยการทำงานบ้าน) และข้อ 21 (มีพฤติกรรมกรออกกำลังกายที่เหมาะสม)

ด้านพฤติกรรมกรจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 22 (มีพฤติกรรมกรผ่อนคลายอารมณ์เมื่อตกอยู่ในภาวะหงุดหงิด ความกังวลใจ) และข้อ 23 (มีพฤติกรรมกรผ่อนคลายด้วยกิจกรรมต่างๆ)

ด้านพฤติกรรมกรใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ข้อ 24 (มีพฤติกรรมกรดื่มสุรา) และข้อ 25 (มีพฤติกรรมกรสูบบุหรี่) ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมกรชะลอไตเสื่อมรายข้อ (n = 207)

พฤติกรรมกรชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น				\bar{X} (SD)	แปลผล
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย		
พฤติกรรมกรด้านการบริโภคอาหาร						
1. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	126 (60.9)	61 (29.5)	17 (8.2)	3 (1.4)	3.4976 (.70967)	สูง
2. ท่านดื่มน้ำหวาน และน้ำอัดลม	7 (3.4)	16 (7.7)	90 (43.5)	94 (45.4)	1.6908 (.75753)	ต่ำ
3. ท่านรับประทานนมหวาน	27 (13.0)	89 (43.0)	85 (41.1)	6 (2.9)	2.6618 (.73843)	ปานกลาง
4. ท่านเติมน้ำปลา เกลือ น้ำตาล และซอสปรุงรส ก่อนรับประทานอาหาร	36 (17.4)	51 (24.6)	69 (33.3)	51 (24.6)	2.3478 (1.03567)	ปานกลาง
5. ท่านรับประทานของทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลาทอด กุ้งทอด	16 (7.7)	61 (29.5)	120 (58.0)	10 (4.8)	2.4010 (.70270)	ปานกลาง
6. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น มะม่วงดอง ฝรั่งดอง องุ่นดอง	5 (2.4)	23 (11.1)	113 (54.6)	66 (31.9)	1.8406 (.70964)	ต่ำ
7. ท่านรับประทานอาหารรสจัด	66 (31.9)	82 (39.6)	47 (22.7)	12 (5.8)	2.9758 (.88372)	ปานกลาง
8. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน	18 (8.7)	62 (30.0)	116 (56.0)	11 (5.3)	2.4203 (.72552)	ปานกลาง

ตาราง 17 (ต่อ)

พฤติกรรมภาระข้อใดเสื่อมโทรม	ระดับความคิดเห็น				\bar{X} (SD)	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย		
9. ท่านรับประทานข้าวมากกว่า 2 ทัพพีต่อมื้อ	80 (38.6)	61 (29.5)	50 (24.2)	16 (7.7)	2.9903 (.97039)	ปาน กลาง
10. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปู หอย	9 (4.3)	19 (9.2)	110 (53.1)	69 (33.3)	1.8454 (.76022)	ต่ำ
11. ท่านรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ	152 (73.4)	34 (16.4)	21 (10.1)	0 (0)	3.6329 (.66133)	สูง
12. ท่านมักจะรับประทานขนมปัง	10 (4.8)	48 (23.2)	107 (51.7)	42 (20.3)	2.1256 (.78436)	ปาน กลาง
พฤติกรรมด้านการใช้ยา						
13. ท่านรับประทานยาแก้ปวด	14 (6.8)	42 (20.3)	107 (51.7)	44 (21.3)	2.1256 (.82065)	ปาน กลาง
14. ซื้อยาชุดตามร้านขายยาทั่วไปมารับประทานเอง	7 (3.4)	22 (10.6)	63 (30.4)	115 (55.6)	1.6184 (.80908)	ต่ำ
15. ท่านดื่มยาสมุนไพรรับประทานเอง	8 (3.9)	12 (5.8)	46 (22.2)	141 (68.1)	1.4541 (.77370)	ต่ำ
16. เมื่อท่านไม่สบายท่านมักจะหายาปฏิชีวนะมา รับประทานเองทุกครั้ง ถึงแม้ว่าแพทย์จะไม่ได้สั่งให้ รับประทานก็ตาม	5 (2.4)	32 (15.5)	56 (27.1)	114 (55.1)	1.6522 (.82720)	ต่ำ
17. ท่านรับประทานยาขับปัสสาวะ	15 (7.2)	12 (5.8)	24 (11.6)	156 (75.3)	1.4493 (.89556)	ต่ำ
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
18. ท่านบริหารร่างกาย / เคลื่อนไหวร่างกายอย่าง น้อยวันละ 30 นาที	60 (29.0)	63 (30.4)	66 (31.9)	18 (8.7)	2.7971 (.95906)	ปาน กลาง
19. ท่านทำงานบ้านติดต่อกันเป็นเวลานานจนเริ่ม รู้สึกมีอาการเหนื่อยและเหงื่อออก เช่น ถูบ้าน คาย หญ้า	57 (27.5)	62 (30.0)	55 (26.6)	33 (15.9)	2.6908 (1.04327)	ปาน กลาง
20. ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมกับท่าน เช่น การแกว่งแขน วิ่ง บันจี้กระยาน ฯลฯ	68 (32.9)	82 (39.6)	43 (20.8)	14 (6.8)	2.9855 (.90026)	ปาน กลาง

ตาราง 17 (ต่อ)

พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม	ระดับความคิดเห็น				\bar{X} (SD)	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย		
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด						
21. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ กังวลใจ เครียด หรือไม่สบายใจ ท่านมักจะหาวิธีผ่อนคลายเสมอ	37 (17.9)	83 (40.1)	58 (28.0)	29 (14.0)	2.6184 (.90026)	ปานกลาง
22. ท่านหาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เดินเล่น	54 (26.1)	84 (40.6)	42 (20.3)	27 (13.0)	2.7971 (.97413)	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านสารเสพติดและแอลกอฮอล์						
23. ท่านดื่มสุรา	6 (2.9)	6 (2.9)	12 (5.8)	183 (88.4)	1.2029 (.62891)	ต่ำ
24. ท่านสูบบุหรี่	9 (4.3)	3 (1.4)	4 (1.9)	191 (92.3)	1.1787 (.66240)	ต่ำ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณ สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรม การชะลอไตเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ (Multiple Regression Analysis)

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อหาค่าความสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ในระดับสูง (ค่า $r < .80$) (สุปราณี กิติพิมพ์ และคณะ, 2559)

ตาราง 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉
Y	1									
X ₁	.113	1								
X ₂	-.266**	.125	1							

ตาราง 18 (ต่อ)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
X ₃	-.028*	-.025*	-.086	1						
X ₄	.004**	.105**	.146**	.201	1					
X ₅	.173*	.419**	.088	.058	.108*	1				
X ₆	.294	.448**	.007	.107*	.107*	.693	1			
X ₇	.236	.409**	.117*	.007**	.118*	.660	.676	1		
X ₈	.360	.341	.065	.058**	.134*	.654	.614	.712	1	
X ₉	.387	.226	-.005	.112*	.069	.562	.606	.609	.691	1

* มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

** มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .01$

หมายเหตุ:

Y = พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

X₁ = เพศหญิง

X₂ = ระยะเวลาในการเป็นโรค

X₃ = ระดับHbA1C

X₄ = ความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม

X₅ = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเสื่อม

X₆ = การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม

X₇ = การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม

X₈ = การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม

X₉ = แรงสนับสนุนทางสังคม

1. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน มีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันไตเสื่อม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยมีผลทางบวก และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.725หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระครั้งที่ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจะเพิ่มขึ้น 0.725 คะแนน ดังแสดงตาราง 19

ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมโดยมีผลทางลบ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -1.902 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระครั้งที่ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จะลดลง 1.902 คะแนน ดังแสดงตาราง 19

การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยมีผลทางบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถดถอยเท่ากับ 0.619หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระครั้งที่ คะแนนการรับรู้ความสามารถในการ ป้องกันโรคไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จะเพิ่มขึ้น 0.619 คะแนน ดังแสดงตาราง 19

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรแรงสนับสนุนทาง สังคม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถตนเองในการชะลอไตเสื่อม ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายการผันแปรของ พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 24.3 สามารถเขียนสมการคะแนน ดิบได้ ดังต่อไปนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

เมื่อ

Y = พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

a = ค่าคงที่ Constant (ค่าคงที่)

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคม

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถตนเอง

X_1 = แรงสนับสนุนทางสังคม

X_2 = ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

X_3 = การรับรู้ความสามารถตนเอง

โดยสามารถเขียนสมการพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
ดังนี้

พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม = $33.599 + .725$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 1.902
(ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน) + $.619$ (การรับรู้ความสามารถตนเอง) ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
ป้องกันโรคไตเสื่อม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถ
ตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อมกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรทำนาย	R ² change	B	Beta	t	p
1. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันไตเสื่อม	.146	.725	.239	2.803	.006
2. ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน	.212	-1.902	-.279	-4.522	.001
3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม	.232	.619	.213	2.501	.013
Constant (a) = 33.599 R square = .243 Adjusted R square = .232 F = 21.532 p = value < .001					

P = value < .05 p = value < .001

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มประชากรที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะไตเสื่อม 1 – 3 ซึ่งเป็นข้อมูลที่จากรายชื่อในทะเบียนการเข้ารับบริการของคลินิกโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด จำนวน 220 คน นำมาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณการค่าเฉลี่ย แบบทราบประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 สถานะทางสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทางด้านความรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันไตเสื่อม ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis โดยวิธี stepwise

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุอยู่ระหว่าง 55 -70 ปี ร้อยละ 60.4 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 64.7 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา สูงถึงร้อยละ 94.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.8 และมีประวัติญาติเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 67.6

สถานะทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันและไขมัน ร้อยละ 83.6 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 99 จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับ HbA1C น้อยกว่า < 7 % ร้อยละ 57.5 มีระยะไตเสื่อม Stage 2 ร้อยละ 44.9 รองลงมา มีระยะไตเสื่อม stage 1 ร้อยละ 38.2

ความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาพรวมคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.9 รองลงมาเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 7.8

แบบสอบถามทางด้านการรับรู้ ผลคะแนนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.2 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 18.9 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 4 กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าการเป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม รองลงมาในข้อ 3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหวาน มัน มีผลต่อภาวะไตเสื่อม

ผลคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงว่าการรักษามีค่าใช้จ่ายที่สูง รองลงมาในข้อ 4 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อขณะฟอกไตทำให้เสียชีวิตได้

ผลคะแนนระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.2 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดช่วยป้องกันไตเสื่อม รองลงมาในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายช่วยป้องกันไตเสื่อมได้

ผลคะแนนระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 11.2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองว่าสามารถไปตรวจคัดกรองไตได้ รองลงมาในข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองในการไปพบแพทย์ตามนัดได้

ผลคะแนนระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 18 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไตเสื่อม ระดับสูงทุกข้อ โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในข้อ 1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมว่าเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รองลงมาในข้อ 3 กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่เคยเห็นผู้มีประสบการณ์ฟอกไตทำให้เกิดความกลัว

พฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อม ผลคะแนนระดับพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมไตเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 10.7 ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 1 (ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว) ข้อ 9 (รับประทานผักและผลไม้ที่มีประโยชน์) และข้อ 12 (รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ) มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 3 (รับประทานขนมหวาน) ข้อ 4 (เติมเครื่องปรุงรสในอาหารก่อนการรับประทาน) ข้อ 5 (รับประทานของทอด) ข้อ 7 (รับประทานอาหารรสจืด) ข้อ 8 (รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน) ข้อ 10 (รับประทานข้าวมากกว่า 2 ทัพพีต่อมื้อ) และข้อ 13 (รับประทานขนมปัง) และมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ในข้อ 2 (มีพฤติกรรมกรดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม) ข้อ 6 (มีพฤติกรรมกรรับประทานของหมักดอง) และข้อ 11 (มีพฤติกรรมกรรับประทานอาหารทะเล) ด้านพฤติกรรมกรใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 14 (มีพฤติกรรมกรรับประทานยาแก้ปวด) และมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ในข้อ 15 (มีพฤติกรรมกรซื้อยามารับประทานเอง) ข้อ 16 (มีพฤติกรรมกรรับประทานยาต้มสมุนไพร) ข้อ 17 (มีพฤติกรรมกรใช้ยาปฏิชีวนะเองเมื่อมีอาการโดยไม่ได้ถูกแพทย์สั่ง) และข้อ 18 (มีพฤติกรรมกรใช้ยาขับปัสสาวะ)

ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 19 (มีพฤติกรรมกรรมการบริหารร่างกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที) ข้อ 20 (มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้าน) และข้อ 21 (มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม)

ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 22 (มีพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายอารมณ์เมื่อตกอยู่ในภาวะหงุดหงิด ความกังวลใจ) และข้อ 23 (มีพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายด้วยกิจกรรมต่างๆ)

ด้านพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ข้อ 24 (มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา) และข้อ 25 (มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน มีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันไตเสื่อม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถตนเองในการชะลอไตเสื่อม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 24.3 สามารถเขียนสมการคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

โดยสามารถเขียนสมการพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดังนี้
 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม = $33.599 + .725$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 1.902 (ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน) + $.619$ (การรับรู้ความสามารถตนเอง)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.9 แสดงถึงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อมไม่ดีพอ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ มีระยะไตเสื่อม อยู่ในระดับ 1-2 ถึงร้อยละ 83 ซึ่งเป็นการเสื่อมที่ยังไม่มีอาการทางคลินิกให้เห็น มีลักษณะเหมือนปกติทั้งยังไม่มีความรู้สึกถึงสัญญาณอันตรายของภาวะไตเสื่อมอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนัก

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมเมื่อพิจารณารายชื่อ จึงพบว่า ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูงในเรื่องของการดื่มน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว มีการรับประทานผักผลไม้ และรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อซึ่งเป็นพฤติกรรมดีต่อการชะลอไตเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีพฤติกรรมในการรับประทานขนมหวาน การดื่มเครื่องดื่มปรุงรส ที่มีส่วนผสมของผงชูรส เกลือ น้ำปลาก่อนการรับประทานอาหารเช้า ประกอบกับรับประทานอาหารเช้าประเภทของทอด ของมัน และของหมักดอง พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อไตเสื่อม(ภทรพรรณ นุตรวาปี, 2558) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมในการรับประทานยาแก้ปวด ยาต้มสมุนไพร ยาชุด พร้อมทั้งมีการให้ยาปฏิชีวนะและยาขับปัสสาวะร่วมด้วย ซึ่งส่งผลทำให้การกรองที่ไตทำงานหนักเพิ่มขึ้น (สุพิชา อาจคิดการ, 2555) จากข้อมูลที่น่าปรากฏนั้นแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม จากข้อมูลผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูงถึง ร้อยละ 85.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับดี แต่ไม่สามารถนำความรู้ที่นำมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดความตระหนักหรือวิธีการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจากผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถปรับปรุง ควรรับรู้จนถึงขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายการจัดการไตเสื่อมก็ตาม แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญกับกลวิธีในการให้ความรู้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แต่จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติยังได้ผลน้อย

นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพควรติดตามพฤติกรรมตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เนื่องจากส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อม อยู่ในระดับ 1 – 2 จึงควรเร่งในการป้องกันภาวะไตเสื่อม เนื่องจากหากผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อม อยู่ในระดับที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดไตวายในที่สุด (ปวีณา สุสันฐิตพงษ์และสมชาย เขี่ยมอ่อง, 2553) และจะทำให้เสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2553) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภทรพรรณ นุตรวาปี (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน จากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) (House, 1985 อ้างถึงใน สรวงศ์ภูณณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539, pp.29-35) และเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ การมีสุขภาพดีและลดภาวะไตเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมา ข้อมูลจากงานวิจัยนี้ พบว่า จัดการสนับสนุนของบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ครอบครัว คนใกล้ชิด พร้อมทั้งบุคคลที่มีประสบการณ์ในการล้างไตอธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ ได้รับกำลังใจจากบุคคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคลที่เป็นโรคเดียวกันนั้น มีผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ตลอดจนเป็นการเสริมพลังให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพิชา อาจคิดการ และคณะ (2554) ที่พบการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาทิตยา อติวิชญานนท์ (2558) ที่พบการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายนายการจัดการตนเองมากที่สุด และงานวิจัยของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2559) ที่พบการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ดีที่สุดในการควบคุมจัดการอาการ ควบคุมโรคร่วม

ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

มีผลต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเชิงผกผัน อธิบายได้ว่าการดำเนินของโรคเบาหวานมีการดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างช้าๆ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีความเสียหายของอวัยวะของร่างกายขึ้น ทำให้ขาดความตระหนักเนื่องจากเคยชินกับการเป็นโรค ไม่รู้สึกวิตกกังวลกับการเป็นโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานนานๆ (อาทิตยา วัจวนสินธุ์ และคณะ, 2561) ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุม/ป้องกันไตเสื่อมได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองจะทำให้มีความอดทน ไม่ท้อถอย จะกระทำพฤติกรรมที่ดีจนประสบความสำเร็จในตนเอง (Evans, 1989) สอดคล้องกับงานวิจัยของอาทิตยา วัจวนสินธุ์ (2561) พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ร่วมทำนายนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเชิงผกผัน

การรับรู้ความสามารถในตนเอง

มีผลต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการชะลอไตเสื่อมนั้น Bandura (1986) ให้คำจำกัดความหมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ Bandura เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการกระทำต่อบุคคลสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิผลการแสดงออกขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาวะนั้นๆ ถ้าบุคคลมีความ

เชื่อว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตั้งไว้นั้น ถึงมีความอดทน อุสาหะ จนประสบความสำเร็จ (Evans, 1989) งานวิจัยนี้การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพิชา อาจคิดกร และคณะ (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง สอดคล้องกับ กังสดาล หาญไพบุลย์และคณะ (2562) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันไตเสื่อม บุคลากรสุขภาพโดยมุ่งเน้นการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพและรวมถึงให้ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนด้านการดูแลอาหาร ดูแลสุขภาพทั่วไป รวมถึงกำลังใจจากครอบครัว

2. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรปรับปรุงการให้สุศึกษาที่เป็นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง (self management) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเสื่อม

3. บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับผู้ที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานนานๆ รวมถึงผู้ที่มีการพัฒนาระยะไตเสื่อมที่สูงขึ้นกว่าเดิมโดยอาจจัดการอบรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบเข้มงวดกว่ากลุ่มอื่น เน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการกับภาวะโรคและรวมถึงการให้ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยการเน้นเนื้อหา การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการชะลอไตเสื่อม โดยวิธีเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการทำงานให้มีคุณภาพมากขึ้นและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ สาระ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. ใน การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ (น.887-894). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ 4-6 มีนาคม 2556. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กังสดาล หาญไพบูลย์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กาญจนา บริสุทธิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. สืบค้น 24 เมษายน 2560, จาก <https://home.kku.ac.th/chd/index>
- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease). ใน สมชาย เข็มอ่อน, สมจิตร์ เข็มอ่อน, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณ ธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และวิศิษฎ์ สิตปรีชา (บ.ก.), *Textbook of Nephrology* (ล. 2, น. 1911-1924). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- บัญญัติชนิต จินดาธนสารป, กุสุมา คุววัฒน์สมฤทธิ, และวรรณภา ประไพพานิช. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 19(1), 87-101.
- ณัฐพงศ์ โฆษกคุณนันท์. (2555). ลักษณะเฉพาะของโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- ถนอม สภาพร. (2552). สถานการณ์การรักษาโรคไตโดยวิธีการฟอกเลือด สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. สืบค้น 8 พฤษภาคม 2560, จาก http://www.nephrothai.org/news/news.asptype = KNOWLEDGE&news_id=32
- ทวี ศิริวงศ์. (2555). เครือข่ายแพทย์โรคไตแห่งภาคอีสาน: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติจริง. *วารสารยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(3), 109- 15.

- นิตยา พันธุ์เวทย์, และนุชรี อาบสุวรรณ. (2553). การศึกษาการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, และเสาวลักษณ์ อุไรรัตน์. (2559). ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 194 – 207.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2559). แนวโน้มความชุกของไตเสื่อม. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- ประเสริฐ บุญเกิด, สมศักดิ์ ลัทธิกุลธรรม, พนิดา กฤตยภูษิตพจน์, วรณี นิธิยานันท์, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, อัมพิกา มังคละพฤกษ์, ... วีน เตชะเคหะกิจ. (2560). ผลของการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยในจังหวัดอุบลราชธานี โครงการต่อเนื่องปีที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปราณี กิติพิมพ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอรพมณ ศรียุกตศุทธ. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง. วารสารพยาบาล, 62(4), 35-42.
- ปิยสกล สกลสัตยาทร. (2559). แนวโน้มความชุกของไตเสื่อม. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- พรชัย กิ่งวัฒนกุล. (2549). Fundamental basic of pediatric dialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ธนินดา ตระการวณิช, และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, Improving quality of dialysis (น.53-64). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- พัชรี อ่างบุญตา, สันจง โปธิบาล, และณัฐพงศ์ โฆษขุนหนันท์. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร, 39(3), 93-104.
- พิกุล สุรารักษ์, รสสุคนธ์ ตันตวิฑิตเวชม, ประทุมพร รุจเจริญวรรณ, สุภาพร พวงสุวรรณ, และสุดใจ อวิคุณประเสริฐ. (2552). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้กระบวนการกลุ่มหน่วยไตเทียม. ราชบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม.

- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, เขมารติ มาสิงบุญ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2559). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 26(2), 86-99
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสงเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา. (2555). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 100-111.
- ภทรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44-54.
- มณีรัตน์ จิรปภา. (2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(2), 5-16.
- นวลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์, และยุวดี วิทย์พันธ์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 45-62.
- รวิวรรณ พงศ์พุฒิพัชร. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. สืบค้น 7 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.researchgate.net/publication>
- รวิวรรณ พงศ์พุฒิพัชร, อรวมน ศรียุคตศุทธ, จงจิต เสน่หา, และนพพร ว่องสิริมาศ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(1), 52-61.
- รสสุนันท์ วาริตสกุล. (2557). การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 22-28.
- วรภรณ์ เสถียรนพเก้า, วิชัย เอกพลากร, รัชดา เกษมทรัพย์, และหทัยชนก พรรคเจริญ. (2549). การสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิภาวรรณ อะสงค์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- จิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. (2550). ลักษณะเฉพาะของโรคเบาหวานกับภาวะไตเสื่อม. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- ศิริรัตน์ เรืองจ้อย, และทวี ศิริวงศ์. (2554). วิธีการป้องกันและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน. สืบค้น 12 เมษายน 2560, จาก http://www.kcn.ac.th/KCN-Journal/Journal/22558/Job%2020160216_3.pdf
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). โรคไตเสื่อม. สืบค้น 12 เมษายน 2560, จาก https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/renal/ckd.html
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). โรคไตเสื่อม. สืบค้น 24 เมษายน 2560, จาก <https://health.kapook.com/view64451.html>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติผู้ป่วยด้วยโรคไตเสื่อม. สืบค้น 9 เมษายน 2560, จาก www.thaihealth.or.th
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติผู้ป่วยด้วยโรคไตเสื่อม. สืบค้น 9 เมษายน 2560, จาก <https://www.thaincd.com/information-statistic/document-view.php?id=10838>
- สุเทพ จันทรมณีกุล. (2554). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. มุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร.
- สุนิส สีผม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 6(1), 12-18.
- สุปราณี กิติพิมพ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอรพรรณ ศรียุคตศุทธ. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง. วารสารพยาบาล, 62(4), 35-42.
- สุภาพร เพชรอาวุธ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพิชา อาจคิดการ (2555). พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6(1), 35-41.
- สุนันทิพย์ ไพรสวรรณา, จิตติมา บุญเกิด, นฤมล พระใหญ่, และรุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร. (2553). การประเมินโครงการคลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร*, 16(3), 443-455.
- อภิญา บำรุงกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, และปริศนา รทสีดา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(1), 85 – 95.
- อมรรัตน์ ภิรมย์ชม, และอนงค์ หาญสกุล. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *สำนักควบคุมโรคที่ 6. ขอนแก่น*, 19(1), 1 – 10.
- อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน: Current concepts in management of chronic kidney disease. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บ.ก.), *Update on CKD prevention: Strategies and practical points* (น.43-56). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาทิตยา วังวนสินธุ์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, และสุภาพร แสงอ่วม. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(2), 397- 404.
- อาทิตยา อติวิชญานนท์. (2558). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนางส์ตยชี้อ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1986). Self -Efficacy. In V.S. Ramachadram (Ed.). *Encyclopedia of human: Behavior* (pp.71-78). California: University of California.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Becker, M. W. (1970). *The health belief model and personal health behavior*. New York: The Education monograph.
- Druet, C., Tubiana-Rufi, N., Chevenne, D., Rigal, O., Polak, M., & Levy-Marchal, C. (2006). Characterization of Insulin Secretion and Resistance in Type 2 Diabetes of Adolescents. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(1), 401–404.
- Evans, J. R., Olson, D. L., & Olson, D. L. (1989). *Statistics, data analysis, and decision modeling*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12(1), 5-22.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- House, J., S., & Robert, L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York: Academic,
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Looker, H. C., Krakoff, J., Andre, V., Kobus, K., Nelson, R. G., Knowler, W. C., & Hanson, R. L. (2010). Secular trends in treatment and control of type 2 diabetes in an American Indian population: A 30-year longitudinal study. *Diabetes Care*, 33(11), 2383-2389.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: the social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and prevention health behavior.

Health Education Monographs, 2(4), 354-386.

Salye, H. 1965. The Stress Syndrome. *American Journal of Nursing*, 65, 97-99.

Srikanta, S., Ricker, A. T., McCulloch, D. K., Soeldner, J. S., Eisenbarth, G. S., & Palmer, J. P. (1986). Autoimmunity to insulin, beta cell dysfunction, and development of insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes*, 35(2), 139-142.

Wayne, W., D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*

(6th ed.). New York: John Wiley & Sons.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. นางนวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางระกำ

จังหวัดพิษณุโลก

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ต้องการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและค้นหา
อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จึงขอความร่วมมือจากท่าน ตอบแบบสอบถาม
ตามความเป็นจริง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปจัดหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพต่อไป

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานะทางสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม

ส่วนที่ 4 การรับรู้ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้
ความรุนแรงของโรคไตเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการชะลอไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง
ในการชะลอ ไตเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมในการชะลอไตเสื่อม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม

ในการนี้ ดิฉันใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสอบถามด้วยความจริง
หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

นางสาวศรสวรรค์ สุวรรณภักดี

นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพ

 1. โสด 2. สมรส 3. หย่าร้าง 4. หม้าย 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

 1. ประถม 2. มัธยมต้น 3. มัธยมปลาย 4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. อาชีพหลัก

 1. เกษตรกร 2. รับจ้าง 3. ช่างเสริมสวย 4. ค้าขาย 5. ข้าราชการ 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. ประวัติญาติที่ป่วยเป็นเบาหวาน

 1. มี 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 สถานะทางสุขภาพ

1. ไม่มีโรคร่วม ไม่มี

2. ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน.....ปี

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (โดยผู้วิจัยบันทึกจากผลการตรวจเลือดประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด)

HbA1C

4. ระยะเวลาที่ 1 ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาที่ 3

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อม จำนวน 15 ข้อ

ให้กรอกเครื่องหมาย / ลงในตัวเลือกของระดับคะแนนที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 หมายถึง ตอบถูก 0 หมายถึง ตอบผิด

คำถาม	ระดับคะแนน	
	0 ผิด	1 ถูก
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น		
การใช้ยาเบาหวานติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ซึ่งไตต้องทำงานหนักในการกำจัดออกจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม		
ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมจะมีอาการทำบวม		
ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และควรดื่มน้ำให้มากๆ หลังการรับประทานยาทุกครั้ง เพื่อช่วยให้การขับสารเคมีจากยาดีขึ้น ทำให้สารตกค้างในร่างกายน้อยลงได้		
ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อม ในระยะที่ 1 – 3 ควรดื่มน้ำมากๆ เพราะไตจะทำหน้าที่ได้ดี		
การมีปัสสาวะสีเข้มเป็นอาการแสดงของภาวะไตเสื่อม		
การมีภาวะน้ำตาลสะสมในเลือดสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงทำให้ไตทำงานหนักขึ้น จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม		
การออกกำลังกายช่วยให้การเผาผลาญในร่างกายทำงานดีขึ้น		
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มีผลทำให้เสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อมสูง		
ในกลุ่มที่เริ่มมีอาการไตเสื่อมต้องควบคุมอาหารประเภทโปรตีน เกลือและไขมัน		
การสูบบุหรี่ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น		
อาการของผู้ป่วยไตเสื่อม ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่ค่อยหลับ		
การรับประทานยาฆ่าเชื้อติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้ไตทำงานหนักมากกว่าปกติได้		
การตรวจหาระยะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ทำได้โดยการตรวจเลือด และตรวจปัสสาวะ		
การรับประทานยาลูกกลอน อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทางด้านการรับรู้ จำนวน 24 ข้อ

ให้กรอกเครื่องหมาย / ลงในตัวเลือกของระดับคะแนนที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
 4 หมายถึง เห็นด้วย
 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำถาม	ระดับคะแนน				
	5 เห็นด้วย อย่างยิ่ง	4 เห็นด้วย	3 ไม่แน่ใจ	2 ไม่เห็น ด้วย	1 ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม					
ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำอาจทำให้ท่าน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อม					
ท่านที่ไม่ออกกำลังกายจะทำให้การ ขับของเสียในร่างกายลดลง ส่งผลให้ เกิดการตกค้างของ ของเสียที่ไตเป็น เวลานานไม่มีการช่วยการเผาผลาญ ที่ดี จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไต เสื่อมได้					
ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน อาจทำให้ท่านมีโอกาส เสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อม					
ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการมี ภาวะไตเสื่อมสูง					
ท่านไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ อาจทำให้ท่านมีโอกาส เสี่ยงเป็นโรคไตเสื่อม					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทางด้านการรับรู้ (ต่อ)

คำถาม	ระดับคะแนน				
	5 เห็นด้วย อย่างยิ่ง	4 เห็นด้วย	3 ไม่แน่ใจ	2 ไม่เห็น ด้วย	1 ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม					
คนที่มีภาวะไตเสื่อม จะส่งผลให้การทำงานของเสียที่ไตลดลง					
ผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด อาจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก					
ผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมจะต้องมีการล้างไตทางช่องท้องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จึงอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้					
หากเกิดการติดเชื้อระหว่างการฟอกไต อาจทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิตได้ทันที					
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม					
การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำ ช่วยป้องกันไตเสื่อม					
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยป้องกันความเสื่อมของไตได้					
การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดการทำงานของหนักของไตได้ การลดหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และควินนุหรี่จะช่วยป้องกันโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้					
ผู้ป่วยเบาหวานควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร เพื่อช่วยในการขับของเสียที่ไต					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทางด้านการรับรู้ (ต่อ)

คำถาม	ระดับคะแนน				
	5 เห็นด้วย อย่างยิ่ง	4 เห็นด้วย	3 ไม่แน่ใจ	2 ไม่เห็น ด้วย	1 ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการรักษาโรคเบาหวาน อาจทำให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น					
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม					
ท่านสามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองไตเสื่อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งจะช่วยป้องกันโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้					
ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง					
การป้องกันไตเสื่อมสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น					
ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการปรุงรสอาหารด้วยน้ำปลา ผงชูรส และน้ำตาลได้					
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันไตเสื่อม					
เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อม					
ท่านมีบุตรหลาน ครอบครัว และคนที่รักทำให้ท่านอยากมีสุขภาพที่ดี เพื่ออยู่กับครอบครัวนานๆ					
ประสบการณ์การเคยเห็นคนอื่นล้างไต ทำให้ท่านรู้สึกกลัวและกังวล					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จำนวน 24 ข้อ

ให้กรอกเครื่องหมาย / ลงในตัวเลือกของระดับคะแนนที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
 2 หมายถึง นานๆ ครั้ง
 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

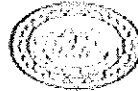
คำถาม	ระดับคะแนน			
	4 ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	3 ปฏิบัติ บางครั้ง	2 นานๆ ครั้ง	1 ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว				
ท่านดื่มน้ำหวาน และน้ำอัดลม				
ท่านรับประทานขนมหวาน				
ท่านดื่มน้ำปลา เกลือ น้ำตาล และซอสปรุงรส ก่อนรับประทานอาหาร				
ท่านรับประทานของทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลา ทอด กุ้งทอด				
ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น มะม่วงดอง ฝรั่ง ดอง องุ่นดอง				
ท่านรับประทานอาหารรสจัด				
ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน				
ท่านรับประทานผัก และผลไม้				
ท่านรับประทานข้าวมากกว่า 2 ทัพพีต่อมื้อ				
ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปู หอย				
ท่านรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ				
ท่านมักจะรับประทานขนมปัง				
ท่านรับประทานยาแก้ปวด				
ซื้อยาชุดตามร้านขายยาทั่วไปมารับประทานเอง				
ท่านดื่มยาสมุนไพรรับประทานเอง				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม (ต่อ)

คำถาม	ระดับคะแนน			
	4 ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	3 ปฏิบัติ บางครั้ง	2 นานๆ ครั้ง	1 ไม่เคย ปฏิบัติเลย
เมื่อท่านไม่สบายท่านมักจะหายาปฏิชีวนะมา รับประทานเองทุกครั้ง ถึงแม้ว่าแพทย์จะไม่ได้สั่งให้ รับประทานก็ตาม				
ท่านรับประทานยาขับปัสสาวะ				
ท่านบริหารร่างกาย / เคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที				
ท่านทำงานบ้านติดต่อกันเป็นเวลานานจนเริ่มรู้สึก มีอาการเหนื่อยและเหงื่อออก เช่น ถูบ้าน คายหญ้า				
ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมกับท่าน เช่น การแกว่งแขน วิ่ง ปั่นจักรยาน ฯลฯ				
ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ กังวลใจ เครียด หรือไม่สบาย ใจ ท่านมักจะหาวิธีผ่อนคลายเสมอ				
ท่านหาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยการปลูก ต้นไม้ ฟังเพลง เดินเล่น				
ท่านดื่มสุรา				
ท่านสูบบุหรี่				

ภาคผนวก ค เอกสารการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

COA No. 739/2017
MO No. 1032/60



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๖ หมู่ ๑ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10230

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการวิจัยตามขอ
หนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่โครงการดังกล่าว ได้มี Declaration of Interest, the approved report, 63255
Certificate and the certificate of registration on Humanization in Clinical Practice หรือ 631-632

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการชะงักงันของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบล 2 จังหวัด
ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Study Title : Factors Associated with Delayed Progression of Hepatopathy among Type 2
Diabetic Mellitus, Pak Kret Sub District, Bang Kachan District, Prachinburi
Province

ผู้วิจัยหลัก : อรภา อรรถวณิช บุรณนิกขิณี
ผู้วิจัยร่วม : อรุณพร สาทรประสิทธิ์

วิธีดำเนินการ : แบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ระยะเวลาการดำเนินการ : ส่วนการผลาญสารอินทรีย์เฉลี่ย 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือการชะงักงันของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาล
เมืองปทุมธานี 1 ปี

เอกสารวิจัยขอ

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 ธันวาคม 2560
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 ธันวาคม 2560
6. สัญญาการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 ธันวาคม 2560
7. โครงการวิจัยฉบับแก้ไข เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 ธันวาคม 2560
8. ปณิธานผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560
9. ปณิธานผู้วิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 19 ธันวาคม 2560
10. คำนำวิจัยฉบับแก้ไขฉบับโครงการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560

ลงนาม

(ผู้ประสานโครงการวิจัย ดร.วนาวัลย์ ชาติดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับรอง : 25 ธันวาคม 2560
Date of Approval : December 25, 2017
วันหมดอายุ : 25 ธันวาคม 2561
Approval Expire Date : December 25, 2018

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีผลใช้บังคับได้เฉพาะโครงการวิจัย (ผู้ศึกษาจริยธรรมเอกสารวิจัยจากโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

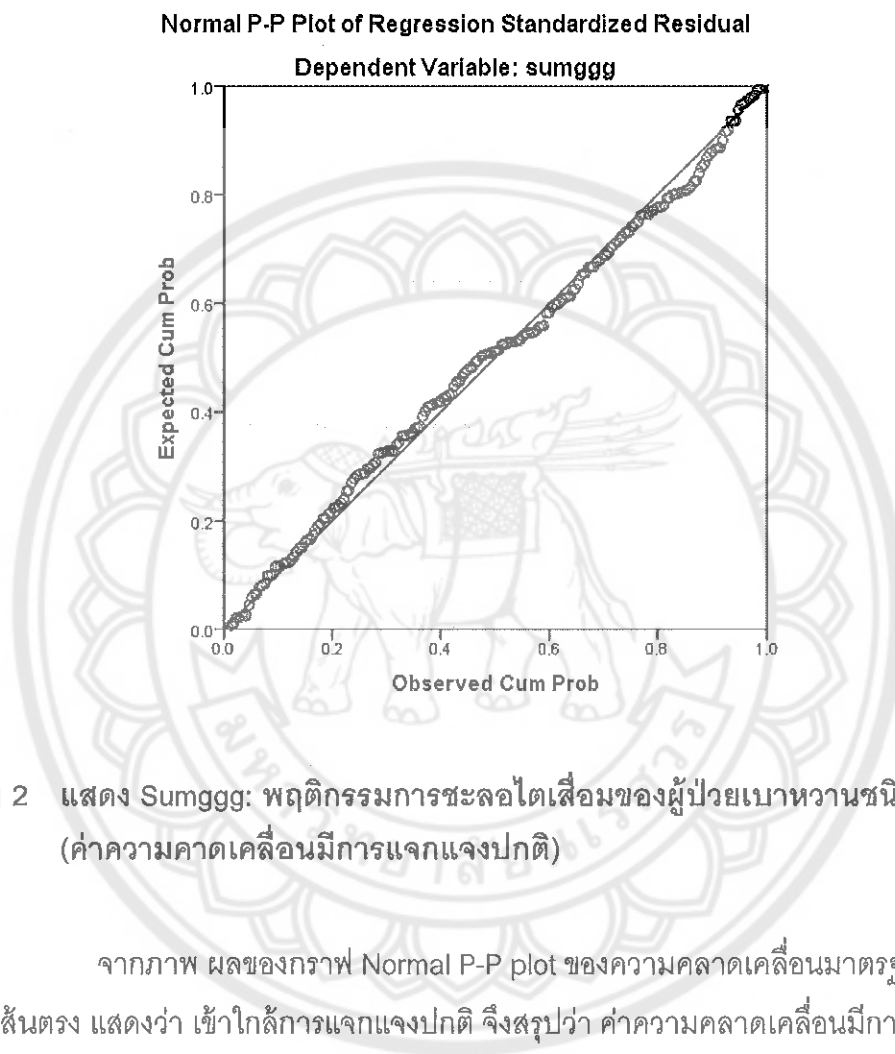
1. ตัวแปรตามเป็น Interval scale/Ratio scale ในที่นี้ตัวแปรตามคือคะแนนพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อม มีระดับการวัดเป็น Interval scale
2. ตัวแปรต้นเป็น Interval scale/Ratio scale หรืออาจเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในที่นี้มีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัว แต่ละตัวมีระดับการวัดในตาราง 19

ตาราง 20 แสดงการจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น

ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
1. เพศ	Nominal scales	1=หญิง 0=ชาย
2. อายุ	scale	
3. ระดับการศึกษา	Ordinal scales	1=ประถมศึกษา 0=สูงกว่าประถมศึกษา
4. ระยะเวลาในการเป็นโรค	scale	
5. ระดับ HbA1C	Interval scale	1=< 7% สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 0=>7% ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
6. ความรู้เรื่องโรคไตเสื่อม	Nominal scales	
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม	Interval scale	
8. การรับรู้ความรุนแรงของอาการไตเสื่อม	Interval scale	
9. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันไตเสื่อม	Interval scale	
10. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันไตเสื่อม	Interval scale	
11. แรงสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	

ภาคผนวก จ การตรวจเงื่อนไขการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ MRA

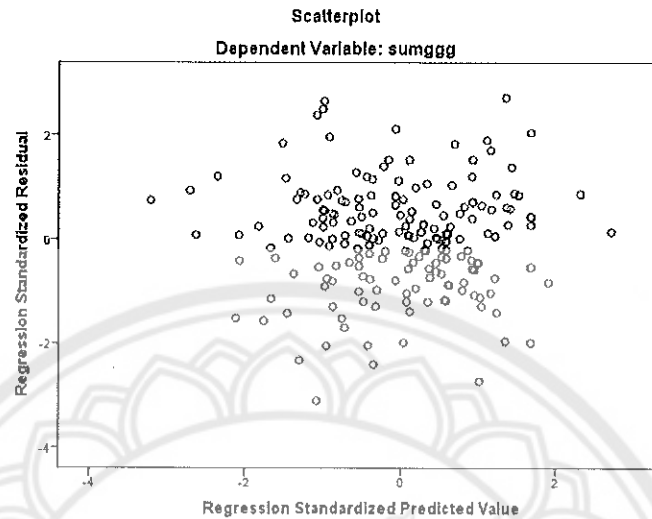
1. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ



ภาพ 2 แสดง Sumggg: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ)

จากภาพ ผลของกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน มีแนวโน้มเป็นเส้นตรง แสดงว่า เข้าใกล้การแจกแจงปกติ จึงสรุปว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

2. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



ภาพ 3 แสดง Sumggg: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่)

จากภาพ ผลของกราฟ Scatterplot พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่รอบๆ บริเวณค่าศูนย์ จึงสรุปได้ว่า ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation)

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.387 ^a	.150	.146	6.82376	
2	.469 ^b	.220	.212	6.55395	
3	.493 ^c	.243	.232	6.47035	1.754

Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม

Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน, การรับรู้ความสามารถตนเองในการชะลอไตเสื่อม

Dependent Variable: พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากตาราง Durbin-Watson พิจารณาค่า Durbin-Watson พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.754 ซึ่งมีค่า อยู่ระหว่างช่วง 1.50 – 2.50 จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์ (Autocorrelation)

4. ตัวแปรอิสระต้องไม่สัมพันธ์กันสูง

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	33.396	4.222		7.911	.000		
	sumFF	1.178	.197	.387	5.983	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	37.126	4.149		8.949	.000		
	sumFF	1.174	.189	.386	6.209	.000	1.000	1.000
	ระยะเวลาในการเป็นDM	-1.802	.424	-.264	-4.249	.000	1.000	1.000

4. ตัวแปรอิสระต้องไม่สัมพันธ์กันสูง (ต่อ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
3	(Constant)	33.599	4.332		7.756	.000		
	sumFF	.725	.259	.239	2.803	.006	.520	1.923
	ระยะเวลาในการเป็นDM	-1.902	.421	-.279	-4.522	.000	.991	1.009
	sumEE	.619	.247	.213	2.501	.013	.518	1.931

a. Dependent Variable: sumggg

จากตาราง Coefficients^a พิจารณาค่า Tolerance ต้องมีค่าไม่เกิน 1 ซึ่งจากตาราง พบว่ามีค่าน้อยที่สุด คือ 0.518 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF มีค่ามากที่สุดคือ 1.931 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่มีภาวะ Multicollinearity