



การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*

ณภัทร แพชัยภูมิ พย.ม.**

อัมพรพรรณ ธีรานุตร PhD***

(วันรับบทความ: 12 กันยายน พ.ศ.2562/ วันแก้ไขบทความ: 12 ธันวาคม พ.ศ.2562/ วันตอบรับบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี ที่เสี่ยงต่อโรคไตจากเบาหวาน ซึ่งพบอัลบูมินในปัสสาวะตั้งแต่ 30 มิลลิกรัมต่อกรัมของครีอาตินีน จำนวน 141 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองสามัญสำนึกของการควบคุมตนเอง ร่วมกับแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 68.3 อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 54.2, S.D. = 6.74) การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90.8 อัลบูมินในปัสสาวะ 30-300 มิลลิกรัมต่อกรัมของครีอาตินีน ร้อยละ 68.1 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ($\bar{x}$ = 7.76, S.D. = 1.13) ช่วงคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยรวม 8 ด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 7.47, S.D. = 1.36) การรับรู้สาเหตุมาจากการรับประทานอาหาร ร้อยละ 41.2 ด้านที่มีข้อคำถามย่อยพบว่ามีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งความแตกต่างของระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะของตน

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย โรคไตจากเบาหวาน อัลบูมินในปัสสาวะ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนวัยทำงาน

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: pornthip22233@gmail.com Tel: 081-0767979



Illness Perception of Diabetic Nephropathy among Patient with Diabetes Mellitus Type 2^{*}

Naphat Paechaiyaphum B.N.S.*

Ampornpan Theeranut PhD**

(Received Date: September 12, 2019, Revised Date: December 20, 2019, Accepted Date: January 20, 2020)

Abstract

Descriptive research aims to study illness perception of clients diagnosed with type 2 diabetes for 1-5 years at risk of diabetic kidney disease and having urine albumin ≥ 30 mg/gcreatinine to 141 clients. Data were collected from questionnaires developed according to the conceptual framework of the common sense model of self-Regulation (CMS) and Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ).

The study found female (68.3%); mean age was 54.2, S.D. = 6.74; education level was mainly primary school (90.8%); urine albumin 30-300 mg/g creatinine was 68.1%; mean HbA1C was 7.76, S.D. = 1; total illness perception score was found in a high level ($\bar{x}$ = 7.47, S.D. = 1.36). Dimension containing more items presented different level of perception, indicating each patient having specific characteristic of perception

Keywords: illness perception, diabetic nephropathy, albuminuria

*Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Master degree student, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon kaen University

**Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University and Director, Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People

**Corresponding Author, Email: pornthip22233@gmail.com Tel: 081-0767979



บทนำ

โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy, DN) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบมากที่สุดจากการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของโรคไตจากเบาหวาน ร้อยละ 37¹ ซึ่งโรคไตจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) และทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD)^{2,3}

โรคไตจากเบาหวาน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะไตเสียหายที่^{3,4} โดยการตรวจหาอัตราส่วนค่าอัลบูมินต่อค่าครีเอตินีน (albumin to creatinine Ratio, ACR)^{3,5} ค่าที่ตรวจได้ 30-300 มิลลิกรัมต่อกรัมของครีเอตินีน มีภาวะ microalbuminuria ถ้ามากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อกรัมของครีเอตินีน มีภาวะ macroalbuminuria⁴ และควรตรวจหาอัตราส่วนค่าอัลบูมินต่อค่าครีเอตินีนซ้ำอีก 1-2 ครั้งในระยะเวลา 3-6 เดือน เพื่อยืนยันผล⁵ ส่วนการทำงานของไต ประเมินจากอัตราการกรองของไต (eGFR) ที่น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m^{2,3}

จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลแก่งสนามนาง อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี พบความชุกของ micro/macrolalbuminuria เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีความชุก ร้อยละ 31.14 และร้อยละ 10.28 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2561 ความชุก ร้อยละ 32.4 และ ร้อยละ 12.23 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Parving และคณะ² ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32,208 คน จาก 33 ประเทศ พบความชุกของ micro/macrolalbuminuria ที่ ร้อยละ 33.8 และ ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ ในเอเชียพบร้อยละ 43.2 และ ร้อยละ 12.3 ตามลำดับ ซึ่งความชุกที่พบจากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลแก่งสนามนางมีแนวโน้มความชุกที่เพิ่มมากขึ้น แต่แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลแก่งสนามนาง จะตรวจหาอัตราส่วนค่าอัลบูมินต่อค่าครีเอตินีนในผู้ป่วยเบาหวาน ปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลแก่งสนามนางจึงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไตจากเบาหวาน ซึ่งควรได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่ม

พบความผิดปกติ⁶ ของ microalbuminuria ร่วมกับการกระบวนการรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perception) ที่ถูกต้อง โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยจะเป็นภาพสะท้อนของความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม⁷ ซึ่งการรับรู้นี้อาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาของตนเอง การสังเกต การเปรียบเทียบ และการสื่อสารซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาภายใต้ 5 มิติหลักของการรับรู้ความเจ็บป่วย คือ 1) การรับรู้อาการ (identity) 2) การรับรู้สาเหตุของโรค (causal) 3) การรับรู้เวลา (timeline) 4) การรับรู้การควบคุม/การรักษา (control/cure) 5) การรับรู้ผลกระทบ (consequence)⁸ ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคไตจากเบาหวานตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จะนำมาซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

จากข้อมูลการซักถามกลุ่มเสี่ยงโรคไตจากเบาหวาน จำนวน 8 คน ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแก่งสนามนาง สรุปได้ดังนี้ 1) การรับรู้อาการ พบว่า โรคไตน่ากลัวเมื่อเป็นแล้วต้องล้างไต 2) การรับรู้สาเหตุของโรคไต คือ ไตหมดไตเหลือน้อย และเหนื่อยง่าย 3) การรับรู้เวลา พบคำตอบว่าเป็นโรคไตแล้วต้องตาย 4) การรับรู้การควบคุม/การรักษา ตอบเหมือนกันคือ กินยาเบาหวานมากทำให้เกิดโรคไต ในผู้ป่วยบางคนบอกว่าต้องปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองแต่ก็อยากลองใช้ยาสมุนไพร 5) การรับรู้ผลกระทบ พบว่าน้ำตาลสูงทำให้ไม่แข็งแรง เลือดข้นทำให้ไตไม่ดี จากข้อมูลทำให้เห็นภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีทั้งที่ตรงและไม่ตรงตามโรคไตจากเบาหวาน ดังนั้นการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นการตรวจสอบภาพการรับรู้ เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน ก่อนที่จะให้ข้อมูลใหม่เพื่อปรับการรับรู้ความเจ็บป่วย และนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ อันจะช่วยชะลอและลดการเกิดโรคไตเรื้อรัง และ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁹ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากรับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี



กรอบแนวคิดการวิจัย

แบบจำลองสามัญสำนึกของการควบคุมตัวเอง (Common sense model of self-regulation, CMS) ใช้อธิบายกระบวนการตระหนักรู้ต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ และนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ⁷ และนำมาสู่การพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ 3 แบบ ดังนี้ 1) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ) 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีการทบทวน (IPQ-R) และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief Illness Perception Questionnaire, BIPQ)¹⁰

จากกรอบแนวคิดแบบจำลองสามัญสำนึกของการควบคุมตัวเอง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉบับย่อ นำมาสู่แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อโรคไตจากเบาหวาน ซึ่งเป็นกระบวนการแบบคู่ขนานระหว่าง 1) การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Cognitive illness representation) ที่ประกอบด้วย การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้เวลา การรับรู้อาการ การรับรู้การควบคุมตนเอง (personal control) การรับรู้การควบคุมการรักษา (treatment control) การรับรู้ด้านความเข้าใจ (understanding) การรับรู้สาเหตุ และ 2) การรับรู้ทางอารมณ์ (Emotional representation)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายนี้ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ.2562 ใช้โปรแกรม n4Studies ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 141 ราย ใช้การสุ่มแบบง่ายผ่านโปรแกรมของเว็บไซต์ <https://www.random.org/integers/> เพื่อกำหนดตัวเลขแบบสุ่ม¹¹

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี ไม่มีวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป ตรวจพบค่าตั้งแต่ microalbuminuria รู้สึกตัวปกติ เข้าใจการสื่อสาร และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองสามัญสำนึกของการควบคุมตนเอง ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ศึกษาในาร่องในกลุ่มเสี่ยงโรคไตจาก

เบาหวาน จำนวน 20 คน ร่วมกับการสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาวิเคราะห์ร่วมกัน ได้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นชื่อว่าแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy of Illness Perception, DNIP) มีข้อคำถามหลัก 9 ข้อ ข้อคำถามย่อย 21 ในข้อ 1-8 รายละเอียดดังตารางที่ 1 ส่วนข้อ 9 ด้านสาเหตุ เป็นคำถามปลายเปิดเลือกตอบได้ 3 สาเหตุ จำนวนคะแนนในข้อ 1-8 โดยมีคะแนนเต็มข้อละ 10 คะแนนทุกข้อ ทำคะแนนรวมให้เป็น 10 คะแนนก่อนแปลผล การประเมินผลการรับรู้เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า แบ่งช่วงคะแนนการรับรู้เป็น 5 ระดับคือ 1) ช่วงคะแนน 0-2 ระดับต่ำมาก 2) ช่วงคะแนน 2.01-4 ระดับต่ำ 3) ช่วงคะแนน 4.01-6 ระดับปานกลาง 4) ช่วงคะแนน 6.01-8 ระดับสูง และ 5) ช่วงคะแนน 8.01-10 ระดับสูงมาก ใช้การแบ่งอันตรายภาคขึ้นเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.9) ความเที่ยงของเครื่องมือตรวจสอบโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient, α) ซึ่งเครื่องมือใหม่ควรมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ 0.8¹¹ และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคไตจากเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.81

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612387 ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และของอนุญาตให้ข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 16 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อ 9 มีการแยกวิเคราะห์เป็นประเด็น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคไตจากเบาหวาน ทั้งหมด 141 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบเพศหญิง (ร้อยละ 68.3) อายุ 36-65 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$ =54.2, S.D. = 6.74) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.8) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.2) รับประทานอาหารรสหวาน มัน และเค็ม (ร้อยละ 43) ข้อมูลด้านสุขภาพ เวลาป่วยเป็นเบาหวาน 1 ปีแรกมากที่สุด (ร้อยละ 40) เส้นรอบเอวชายและหญิง ($\bar{x}$ =90.16, S.D.= 9.30 และ $\bar{x}$ =88.79, S.D. = 10.36) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายมากกว่า



22.9 (ร้อยละ 78.7) พบ microalbuminuria ร้อยละ 68.1 ผลน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ($\bar{x}$ = 7.76, S.D. = 1.73) ความดันโลหิต 130/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 47.5) มีไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 81.6) ไขมันเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและยาอื่นๆ (ร้อยละ 63.1) จำนวนยาที่ใช้ 2-8 ชนิด ($\bar{x}$ = 4.46)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความเจ็บป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 1 ด้านสาเหตุของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ผู้แสดงความคิดเห็น 93 ราย (ร้อยละ 66) พบ 3 สาเหตุคือ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานยาร่วมกับการรับประทานอาหาร และ 3) การรับประทานยาร่วมกับการรับประทานอาหารและพันธุกรรม พบสาเหตุที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 41.2)

การอภิปรายผล

จากข้อมูลพบอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่ลดลงหรือเสื่อมลงตามวัย¹² ส่งผลให้เกิดเบาหวานชนิดที่ 2¹³ มักพบในคนที่มียอายุ 30 ปีขึ้นไป⁵ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลการสำรวจความชุกโรคเบาหวานในประเทศไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.9) ตามลำดับ¹⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งพบเพศหญิงมากกว่าเพศชายและมีอายุในเฉลี่ยในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง¹⁵ จากข้อมูลที่แตกต่างกันของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย⁹

จากระดับการศึกษาส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยพบว่าผู้ที่มียระดับการศึกษาต่ำจะมองโลกในแง่ดีและประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน⁹ รวมทั้งโรคไตจากเบาหวาน จากการขอรับประทานอาหารทั้ง 3 รส ส่งผลให้รอบเอวและดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดเพิ่มขึ้น⁵ ทำให้พบไขมันในเส้นเลือดสูงและความดันโลหิตในสูงกว่าเกณฑ์ปกติ¹⁶ มีผลให้แรงดันภายในโกเมอรูลัสสูงขึ้นทำให้โกเมอรูลัสแข็ง ส่งผลต่อด้านโครงสร้างและด้านการทำหน้าที่ของไต⁷ รวมทั้งพบน้ำตาลสะสมในเลือดตั้งแต่ ร้อยละ 7 ขึ้นไป ในการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีผลของน้ำตาลสะสมในเลือดต้องมีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 7^{3,17} ซึ่งส่งผลให้โรคไตจากเบาหวานมีความก้าวหน้ามากขึ้นจึงทำให้ตรวจพบทั้ง

micro/macroalbuminuria สอดคล้องกับการศึกษาของ UKPDS² ที่พบว่าผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบ microalbuminuria และเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จากผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 ปีแรกถึงร้อยละ 40.4 ซึ่งทั้งหมดตรวจพบค่าตั้งแต่ microalbuminuria และยังคงพบเป็นจำนวนมากกว่าการศึกษาของ UKPDS ที่พบเพียง ร้อยละ 7.3 ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคไตจากเบาหวาน และพบโรครวม คือ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคไขมันในเส้นเลือดสูงร่วมโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.9 และ 26.2) ตามลำดับ ส่งผลให้รับประทานยาหลายชนิดเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ระดับไขมันในเส้นเลือด และความดันโลหิต เพื่อชะลอและลดการเกิดโรคไตจากเบาหวาน¹⁷ สอดคล้องกับการรับรู้ด้านสาเหตุที่พบว่าสาเหตุมาจากยา

ในภาพรวมทั้ง 8 ด้าน พบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ระดับสูง ($\bar{x}$ = 7.47, S.D. = 1.36) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยจะผ่านกระบวนการกระตุ้น โดยการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยมี 3 ชนิด คือ 1) ข้อมูลทางด้านวัฒนธรรม เช่น การรับประทานยา 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยจากภายนอก เช่น ผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และ 3) จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย¹⁸ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสร้างภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแสดงออกมาให้เห็นทางด้านผลลัพธ์สุขภาพที่วัดได้ ซึ่งผลของข้อมูลสุขภาพได้แสดงถึงการควบคุมโรคไม่ได้ การตรวจพบน้ำตาลสะสมในเลือด ตั้งแต่ ร้อยละ 7 ขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ พบว่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามในภาพรวมทั้ง 8 ด้านตั้งแต่ 37 คะแนน หรือระดับสูง พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ประเมินจากค่าน้ำตาลสะสมในเลือดที่มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 7¹⁹

การรับรู้ความเจ็บป่วยในแต่ละด้านและในข้อคำถามย่อย รายละเอียดดังตารางที่ 1 ด้านความเข้าใจ พบการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ในด้านนี้โดยเฉพาะข้อที่ 1 ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ อาจเนื่องมาจากระดับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลต่อการควบคุมตนเอง การควบคุมการรักษา และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการควบคุมโรคมากขึ้น²⁰ และยังคงสอดคล้องกับด้านอัตลักษณ์หรือด้านอาการ



ด้านอัตลักษณ์เมื่อดูจากอาการเพียงอย่างเดียวจะพบความก้าวหน้าของโรคน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาประสบการณ์อาการเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดยพบว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย²¹ แต่ผลการวิจัยด้านนี้ยังพบว่าไม่สอดคล้อง เนื่องจากการรับรู้อัตลักษณ์มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากที่สุด²² ส่วนการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ด้านนี้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับต่ำมาก แต่ผลการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป ซึ่งอาจมาจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการรับรู้แต่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านนี้ต่ำทั้งที่ความก้าวหน้าของโรคมีสูง

การรับรู้ความเจ็บป่วย ด้านการควบคุมตนเอง ในด้านนี้ข้อที่ 1-3 พบการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับสูงที่ค่อนข้างปานกลาง เนื่องจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะเรื่องอาหารสอดคล้องกับการรับประทานอาหารทั้ง 3 รส และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทำงานเกษตรกรรมทำให้ไม่มีช่วงเวลาที่เหมาะสมรวมทั้งไม่รู้ถึงวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนอีก 2 ข้อ ที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับสูงมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงหลังรับประทานยา จึงรับประทานยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด ส่งผลถึงด้านการควบคุมการรักษาที่มีระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยสูงมากเช่นกัน ซึ่งอาจรับรู้ว่าการรักษามีความจำเป็นต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของการรับประทานยามากกว่าการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่องต้องมีแรงจูงใจเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อตนเอง²³ ซึ่งภัยคุกคามในที่นี้มาจากการรับรู้ความเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับสูงและสูงมาก ผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการรับรู้

ความเจ็บป่วยที่เป็นภัยคุกคามกับตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองลดลง²⁴ สอดคล้องกับการควบคุมตนเองดังที่กล่าวมา และสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะใช้จัดการเรื่องอาหาร และเรื่องการออกกำลังกายมีน้อย มีเพียงร้อยละ 3-8²⁰ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรักษามีความจำเป็นเนื่องจากประสิทธิภาพของยาจะช่วยควบคุมโรค หากขาดยาจะมีผลทางลบต่อสุขภาพ²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยเชิงลบมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้เชิงบวก¹⁵ ซึ่งการรับรู้เชิงลบมาจากด้านที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับสูงและสูงมาก

การรับรู้ด้านสาเหตุ พบว่า มีเรื่องยารวมอยู่ด้วยในทุกสาเหตุ เนื่องจากการเป็นเบาหวานและมีโรคร่วมจึงใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยาตั้งแต่ 2-8 ชนิด และจากข้อมูลการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความกังวล ในข้อที่ 2 พบการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับสูง ซึ่งเหตุผลเหล่านี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ายายเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตจากเบาหวาน แต่ในด้านการควบคุมตนเอง กลับพบว่าการควบคุมการรับประทานยามีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับสูงมาก ในเรื่องของยาพบทั้งความสอดคล้องและขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ส่วนที่สอดคล้องคือเชื่อว่ายาที่ใช้รักษาจำเป็นต่อการรักษาโรค และส่วนที่ไม่สอดคล้องคือไม่พบว่าการรักษาด้วยยามีผลต่อความกังวล²⁵ ซึ่งมาจากการรับรู้ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ทั้งที่มาจากความเชื่อทั่วไปและความเชื่อที่เฉพาะโดยเฉพาะความเชื่อทั่วไปจะเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายของยา สาเหตุ และการใช้ยามากเกินไป แต่ความเชื่อเฉพาะจะเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ซึ่งครอบคลุมในด้านความจำเป็นเกี่ยวกับยา ดังนั้นความแตกต่างของบุคคลจึงมีความสำคัญที่จะเข้าใจความถูกต้องของการใช้ยา²⁵



ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคไตจากเบาหวานในข้อย่อยของแต่ละด้าน (N = 141 คน)

การรับรู้แต่ละด้าน และข้อย่อยในแต่ละด้าน		คะแนนเฉลี่ย (X), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการรับรู้
ด้านผลกระทบ (consequence) มีข้อคำถามย่อย 4 ข้อ			
1) ผลกระทบต่อการเสียชีวิต	7.78, 2.31	ระดับสูง	
2) ผลกระทบต่อการทำงาน	8.06, 2.27	ระดับสูงมาก	
3) ผลกระทบต่อรายได้	8.08, 2.40	ระดับสูงมาก	
4) ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น	8.11, 2.31	ระดับสูงมาก	
ผลรวมการรับรู้ด้านผลกระทบ		8.02, 1.84	ระดับสูงมาก
ด้านช่วงเวลา (timeline) (เป็นแล้วหายถึงเป็นตลอดชีวิต)		9.70, 1.40	ระดับสูงมาก
ด้านความเข้าใจ (understanding) มีข้อคำถามย่อย 5 ข้อ			
1) การดำเนินของโรคไตจากเบาหวาน	4.60, 2.45	ระดับปานกลาง	
2) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	8.85, 1.55	ระดับสูงมาก	
3) ความจำเป็นในการรักษาด้วยยา	8.71, 1.76	ระดับสูงมาก	
4) ความจำเป็นในการควบคุมอาหาร	9.01, 1.48	ระดับสูงมาก	
5) ความจำเป็นในการออกกำลังกาย	8.87, 1.69	ระดับสูงมาก	
ผลรวมการรับรู้ด้านความเข้าใจ		8.20, 1.01	ระดับสูงมาก
ด้านการควบคุมตนเอง (personal control) มีข้อคำถามย่อย 5 ข้อ			
1) การรับประทานอาหาร	6.38, 2.19	ระดับสูง	
2) การออกกำลังกาย	6.31, 2.57	ระดับสูง	
3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	6.23, 2.11	ระดับสูง	
4) การรับประทานยา	8.99, 1.99	ระดับสูงมาก	
ด้านการควบคุมตนเอง (ต่อ)			
5) การมาตรวจตามนัด	9.84, 0.60	ระดับสูงมาก	
ผลรวมการรับรู้ด้านความเข้าใจ		7.55, 1.26	ระดับสูง
ด้านการควบคุมการรักษา (treatment control) ไม่มีส่วนช่วยในการรักษาถึงมีส่วนช่วยในการรักษามากที่สุด		8.44, 2.15	ระดับสูงมาก
ด้านอัตลักษณ์ (identity) มีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ			
1) อาการปวดแสบปวดหลังเพียงใด	3.85, 3.96	ระดับต่ำ	
2) อาการเหนื่อยเพลียไม่มีแรง	3.56, 3.80	ระดับต่ำ	
ผลรวมการรับรู้ด้านอัตลักษณ์		3.37, 3.36	ระดับต่ำ
ด้านความกังวล (concern) มีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ			
1) กังวลเกี่ยวกับการล้างไต	7.55, 3.31	ระดับสูง	
2) กังวลเกี่ยวกับการปรับเพิ่มขนาดยา	7.18, 3.37	ระดับสูง	
ผลรวมการรับรู้ด้านความกังวล		7.37, 2.86	ระดับสูง
ด้านอารมณ์ (emotional) มีข้อคำถามย่อย 3 ข้อ			
1) กลัว	8.15, 3.03	ระดับสูงมาก	
2) เสียใจ	5.87, 3.61	ระดับปานกลาง	
3) ตกใจ	6.83, 3.63	ระดับสูง	
ผลรวมการรับรู้ด้านอารมณ์		6.96, 3.02	ระดับสูง
ผลรวมการรับรู้ทั้ง 8 ด้าน		7.47, 1.10	ระดับสูง



จากพัฒนาการของการรับรู้ความเจ็บป่วยจนนำมาสู่แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคไตจากเบาหวานที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้พบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในข้อคำถามย่อยที่พบความแตกต่างชัดเจนขึ้น และเห็นความสอดคล้องในการดูแลสุขภาพ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผ่านผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าคะแนนที่แตกต่างกันของการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ซึ่งพบว่าอาการที่ไม่รุนแรงมากมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตต่ำ เพราะยังสามารถควบคุมโรคด้วยการดูแลตนเองและการรับประทานยา²⁶ เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามปัจจัย ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความก้าวหน้าของโรคจึงมีความแตกต่างกันซึ่งส่งผลต่อด้านสุขภาพ โดยตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลด้านสุขภาพที่บ่งชี้ถึงการควบคุมโรคได้หรือควบคุมโรคไม่ได้ในกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีความเข้าใจการรับรู้ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันตามปัจจัยต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และผลลัพธ์ที่ได้การดูแลสุขภาพ ตามการรับรู้ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลของสุขภาพที่ตรวจสอบได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไปในอนาคต

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มที่ตรวจพบ micro/ macroalbuminuria และควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ และสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณความอนุเคราะห์ของคณะผู้บริหารโรงพยาบาลแก่งสนามนางในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตจากเบาหวานทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม อันส่งผลให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

References

1. Sriwijitkamol A, Mounngneng Y, Vannaseang S. Assessment and prevalences of diabetic complications in 722 Thai type 2 diabetes patients. J Med Assoc Thai 2011; 94 (1): 168-74.
2. Gheith O, Farouk N, Nampoory N, Halim MA, Al-Otaibi T. Diabetic kidney disease: world wide difference of prevalence and risk factors. J nephropharmacology 2016; 5(1): 49-56.
3. Kim SS, Kim JH, Kim J. Current Challenges in Diabetic Nephropathy: Early Diagnosis and Ways to Improve Outcomes. Endocrinol Metab[database on the Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 28]; 31: 245-53. Available from: <https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/2008ENM/enm-31-245.pdf>
4. Susantitaphong P, Katavetin P, Tungsanga K. Renal complication in diabetes. 2nd ed. In: Suthornyothin S, editors. Bangkok: Chulalongkorn university printing house; 2013. p165-90.
5. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. Pathum Thani: Romyen company media limited; 2017.
6. World Health Organization. Global report on diabetes. France: World Health Organization [database on the Internet]. 2016[cited 2017 Dec 17]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
7. Methakanjanasak N. Concepts reflecting thoughts on illness: case studies and applications in nursing. Journal of Faculty of Nursing 2006; 29(1): 37-45.
8. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The CommonSense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self management. J Behav Med [database on the Internet]. 2016[cited 2018 May 10]; 39(6): 935-46. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10865-016-9782-2.pdf>



9. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Perceptions of risks for diabetes-related complications in Type 2 diabetes populations: a systematic review. *Diabet Med* 2017; 34(4): 467-77.
10. Broadbent E, Wilkes C, Koschwa- nez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health*[database on the Internet]. 2015 [cited Sep 16] 30(11): 1361-85. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2015.1070851>
11. Thato R. Nursing research: concepts to application. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn university printing house; 2018.
12. Wattanawong S. Psychology for Training Adult. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn university printing house; 2004.
13. Sunthornyothin S, editors. Pathogenesis of type 2 diabetes. *Diabetes mellitus*. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn university printing house; 2013. p 33-8.
14. Aekplakorn W, editors. Thai people's health survey by physical examination No. 5, 2014. Bangkok: Aksorn graphic and design publication limited partnership; 2016.
15. Thongsai S. Do Illness Perceptions Predict the Attendance Rate at Diabetic Outpatient Clinic?. *Global Journal of Health Science* 2015; 7(2): 254-63.
16. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015.
17. Lin YC, Chang YH, Yang SY, Wu KD, Chu TS. Update of pathophysiology and management of diabetic kidney disease. *J Formos Med Assoc* 2018; 117(8): 662-75.
18. Migliore C, Barroso J, Vorderstrasse A. Perceptions of Renal Disease Risk Among African Americans: A Review of the Literature. *Journal of Health Disparities Research and Practice* 2016; 9(2): 1-28.
19. Voiget A, Madrid E, Pacheco-Huergo V, Rastello A, Castro D, Navarro-Brito I, et al. Association of glycaemia with perceived threat of illness in patients with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes* 2015; 9(6): 426-31.
20. Abubakari A, Cousins R, Thomas C, Sharma D, Naderali EK, Park H, et al. Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes :The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy. *Journal of Diabetes Research for* 2016; 2016: 1-12.
21. Clarke AL, Yates T, Smith AC, Chilcot J. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: A narrative review. *Clin Kidney Journal* 2016; 9(3): 494-502.
22. Lee SF, Teh XR, Malar LS, Ong SL, James RP. The associations of illness perception with metabolic control (HbA1c) among type 2 diabetes mellitus patients in a district hospital. *International Journal of Pharmacy Practice* 2018; 26(5): 442-9.
23. Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care* 2011; 34(2): 338-40.
24. Kugbey N, Oppong Asante K, Adulai K. Illness perception, diabetes knowledge and self-care practices among type-2 diabetes patients: A cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2017; 10: 1-7.
25. Stack RJ, Bundy C, Elliott RA, New JP, Noyce PR. Patient perceptions of treatment and illness when prescribed multiple medicines for co-morbid type 2 diabetes. *Dove Press : Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2011; 4: 127-35.
26. van Puffelen AL, Heijmans MJWM, Rijken M, Rutten GEHM, Nijpels G, Schellevis FG. Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter? *Psychology & Health* 2015; 30(11): 1274-87.