



พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
ชนิดถาวรที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

**SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS AND VOLUME OVERLOAD
IN PATIENTS WITH CAPD RECEIVING
SELF – MANAGEMENT PROGRAM**

โดย

สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2556



**SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS AND VOLUME OVERLOAD
IN PATIENTS WITH CAPD RECEIVING
SELF – MANAGEMENT PROGRAM**

BY

SUREEWAN RATANAKITSUNTHORN

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE PROGRAM
IN ADULT NURSING SCHOOL OF NURSING**

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

2013



วิทยานิพนธ์ เรื่อง

พฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

โดย

สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2556

Wiroc

รศ. ประคอง อินทรสมบัติ
ประธานกรรมการสอบ

วณิช

รศ.ดร. วลัยพร นันทสุภวัฒน์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

อิน นน

ผศ.ดร. อัมภาพร นามวงศ์พรหม
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

ดร. พิชิต วัฒน

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร. วรรณิ์ สุขศาสตร์)

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

30 พฤษภาคม 2557



Thesis entitled

**SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS AND VOLUME OVERLOAD
IN PATIENTS WITH CAPD RECEIVING SELF – MANAGEMENT PROGRAM**

by

SUREEWAN RATANAKITSUNTHORN

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Rangsit University

Academic Year 2013

Prakong Intarasombat

Assoc.Prof.Prakong Intarasombat
Examination Committee Chairperson

Walaiporn Nantsupawat.

Assoc.Prof.Walaiporn Nantsupawat, Ph.D.
Member and Advisor

Ampaporn

Asst.Prof.Ampaporn Namvongprom, Ph.D.
Member and Co – Advisor

Approved by Graduate School

Vannee Sooksatra

(Asst.Prof.Plт.Off. Vannee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

May 30, 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ประคอง อินทรสมบัติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผศ.ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ ตรวจ แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.จิรายุทธ จันทร์มา คุณสุวิมล นิลสิน และคุณจิราภรณ์ มีชูสิน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำ และแก้ไขเพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ขอขอบคุณ คุณจินตนา หามาดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.พระนครศรีอยุธยา และคุณอาทิตย์ยา งามสมสุข ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ และระลึกถึงบุคคลสำคัญในชีวิต คือ คุณพ่อสุนันท์ และ คุณแม่พยอม เกตุชู ที่ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ให้การศึกษา ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้กำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกตลอดมา ขอขอบคุณ คุณพ่อคู่ชู้ชู้ รัตนกิจสุนทร คุณเกษมพิสิษฐ์ รัตนกิจสุนทร และนายสุเกษม รัตนกิจสุนทร ที่ให้ความรักความเข้าใจ ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา และมีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร
ผู้วิจัย

5209824 : สาขาวิชาเอก : การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย
ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

สุวิทย์วรรณ รัตนกิจสุนทร : พฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทาง
ช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS
AND VOLUME OVER LOAD IN PATIENTS WITH CAPD RECEIVING SELF –
MANAGEMENT PROGRAM) อาจารย์ที่ปรึกษา: รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษา
ร่วม : ผศ.ดร.อำภพร นามวงศ์พรหม, 111 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ prospective intervention study มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทาง
ช่องท้องชนิดถาวร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่มี
ภาวะน้ำเกิน จำนวน 19 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการ
ตนเอง (Self – Management) ของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม การให้
ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามและประเมินผลภาวะน้ำเกิน
โดยผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งทางโทรศัพท์ และที่แผนกล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้คำแนะนำ
ปรึกษาเป็นรายบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการ
จัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t – test ผลการวิจัย
พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรม

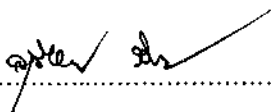
ลายมือชื่อนักศึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

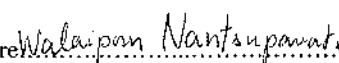
5209824 : MAJOR : ADULT NURSING : M.N.S. (ADULT NURSING)

KEY WORD : SELF – MANAGEMENT PROGRAM, SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS, VOLUME OVERLOAD IN PATIENTS WITH CAPD

SUREEWAN RATANAKITSUNTHORN : SELF – MANAGEMENT BEHAVIORS AND VOLUME OVERLOAD IN PATIENTS WITH CAPD RECEIVING SELF – MANAGEMENT PROGRAM. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR DR. WALAI PORN NANTSUPAWAT Ph.D., CO-ADVISOR : ASST. PROF. AMPAPORN NAMVONGPROM, Ph.D., 111 p.

This prospective intervention study aimed to investigate the self – management behaviors and volume overload in patients participating self – management program. A purposive sample of 19 persons with CAPD and volume overload at CAPD unit was recruited for this study. Kanfer and Gaelick – Buys’ s self – management was used a conceptual framework to develop the self – management program. The subjects participated in the program received individual education, training including self – management volume overload, follow up and evaluation and individual counseling by telephone and CAPD unit follow up. Self - management behaviors and volume overload were assessed before and after the program. Descriptive statistics and paired t – test were used to analyze the data. After 12 weeks, it was found that the-scores of self management behaviors increased significantly (p = .000) and volume overload decreased significantly (p = .000) The findings of this study suggest the effectiveness of the program in patients with CAPD . Follow -up study in long term should be considered

Student Signature.....

Thesis Advisor’s Signature.....

Thesis Co – Advisor’s Signature.....

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวความคิดของการวิจัย	5
นิยามเชิงปฏิบัติการ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร	8
2.2 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	15
2.3 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร	20
2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง	24
2.5 พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร	29
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	37
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.2 เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
3.3 เกณฑ์ในการตัดออกจางานวิจัย	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	38
3.5 พื้นที่ศึกษา	38
3.6 แผนการดำเนินการวิจัย	39
3.7 โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย	42
3.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
3.9 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	46
3.10 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	47
3.11 การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
3.12 การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	49
ตอบคำถามการวิจัย	53
ทดสอบสมมติฐานการวิจัย	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	57
สรุปผลการวิจัย	57
อภิปรายผล	58
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	61
ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล	62
ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย	62
เอกสารอ้างอิง	63
ภาคผนวก	66
ภาคผนวก ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ	67
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แผนการสอน การจัดการตนเองกับภาวะน้ำเกิน	82
ภาคผนวก ง. จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมจัดการตนเองรายข้อ ตารางแสดงน้ำหนักผู้ป่วยแต่ละราย ใน 12 สัปดาห์	96
ภาคผนวก จ. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย	105
ภาคผนวก ฉ. เอกสารรับรองการตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัย	108
ประวัติผู้วิจัย	111

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและสูญเสียในแต่ละวัน	15
3.1 แผนการดำเนินการวิจัย	41
3.2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการพยาบาลแบบเดิมและการพยาบาลตามโปรแกรม	42
4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	50
4.2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	52
4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t – test	54
4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรมและก่อนเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t – test	55

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดวิจัย	6
2.1	การเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร	21
3.1	แผนการดำเนินการวิจัย	39
4.1	กราฟเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง	56

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้จะได้รับการแก้ไขสาเหตุ ที่ทำให้เกิดการทำลายไตในระยะแรกแล้ว แต่การเสื่อมของไตยังคงดำเนินไปเรื่อยๆ จนเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End State Renal Disease: ESRD) เมื่อไตเสียหายที่ในการขจัดของเสีย รักษาความสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และกรด - ด่าง ตลอดจนการสังเคราะห์ฮอร์โมนและวิตามินดีจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งต้องทำงานประสานกัน ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง กระทั่งคุณภาพชีวิตได้ (สุจิตรา ลีมีอำนาจลาภ, 2544) ส่วนใหญ่สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง และโรคไตระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ นิ่วในไต (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การบำบัดทดแทนไต โดยมีการรักษาอยู่ 3 วิธี วิธีแรก คือ การรักษาด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) แม้จะได้ผลทางคลินิกดีแต่ก็มีข้อจำกัด เพราะจะมีการขจัดของเสียจากร่างกายเป็นช่วงๆ มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ป่วยมีชีวิตไม่เป็นอิสระ ต้องพึ่งพาเครื่องไตเทียมและบุคคลอื่น และจำเป็นต้องมีแพทย์ พยาบาล ที่มีความชำนาญพิเศษคอยดูแล วิธีที่ 2 เป็นการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นวิธีการที่เป็นธรรมชาติมากที่สุด ที่ทำให้ระดับของเสียถูกขจัดออกจากร่างกาย อย่างคงที่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยมีอิสระสามารถทำด้วยตนเอง ที่บ้านและที่อื่นๆ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนวิธีที่ 3 เป็นการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation : KT)

โรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะมีอัตรา การเพิ่มของผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 25 ต่อปี (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551) อัตราผู้ป่วยโรคไต ปี 2550, 2551, 2552 คือ 721.83, 920.32 และ 878.96 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,

2554) ปี 2551 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ของประเทศไทย ทั้งหมด มีจำนวน 31,496 ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 26,438 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จำนวน 2,760 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต จำนวน 2,298 ราย (สถิติสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2551) ในปี 2551 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ขยายบริการ การรักษาพยาบาล สนับสนุนการรักษาด้วยวิธี การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (เกรียง ตั้งสง่า, 2551) ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกราย สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเท่าเทียมกัน ในขณะเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ได้จัดทำโครงการพัฒนาให้บริการผู้ป่วยด้วยวิธี CAPD เรียกว่านโยบาย “PD First” โดยมีโรงพยาบาลนำร่อง PD First ในทุกภูมิภาคของประเทศ จำนวน 23 แห่ง เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ซึ่ง 1 ใน 23 โรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นโรงพยาบาลนำร่องในนโยบาย “PD First” ด้วย (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ, 2556) ด้วยนโยบายอันนี้จะทำให้ผู้ป่วยรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรทั่วประเทศมีจำนวนมากขึ้น เป็น 9,730 ภายในปี 2553 และ 16,494 ในปี 2554 (สถิติสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2551)

การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร เป็นวิธีที่สามารถ ขจัดปัญหาการพึ่งพาเครื่องไตเทียม (ศุภชัย จิตติอาชากุล, 2544) เพื่อความเป็นอิสระแก่ผู้ป่วย สามารถเดินทางไกลได้ ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมตามปกติ แม้จะช่วยทำให้อาการของโรคไตเรื้อรังดีขึ้น แต่ก็ไม่ทำให้หน้าที่ของไตดีขึ้น ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และความยุ่งยากและซับซ้อนในการปฏิบัติ ซึ่งนับเป็นสิ่งใหม่ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ต้องใช้ความสามารถในการจัดการ เพื่อปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ถูกต้อง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นปัญหาตามมา ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน การติดเชื้อ เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง การติดเชื้อที่ช่องสายออก น้ำยารั่วจากแผล หรือช่องท้อง สายล้างไตอยู่ผิดตำแหน่ง และน้ำยาล้างไตมีสีแดง เป็นต้น จากภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าว ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาน้ำเกินทำให้เกิดอาการบวม และความดันโลหิตสูง ซึ่งพบ ร้อยละ 80 (สมชาย เขียมอ่อน, 2551) ส่งผลทำให้เกิดภาวะปอดบวม น้ำ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หายใจลำบาก วิดก กังวลกระสับกระส่าย ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ถ้าเป็นมากขึ้น จะมีการหายใจลำบากเหมือนนอนราบหายใจหอบเมื่อปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปกติ เกิดภาวะหัวใจวายทำให้ไม่สามารถสูบลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกิน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการบำบัดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น การจำกัดน้ำ การจำกัดเกลือ การให้ออกซิเจน การได้รับยาขับปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ยังมีปัสสาวะอยู่ การปรับความเข้มข้นของน้ำยาล้างไตให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มการดึงน้ำ หรือเพิ่มรอบการเปลี่ยนน้ำยา ตลอดจน การประเมินประสิทธิภาพ การทำงานของเยื่อช่องท้อง และในระยะรุนแรง หรือ ระยะวิกฤต คือ ภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (สุธาสินี วีระเดชะ, 2554) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย และการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (วนิดา คู่เคียงบุญ, 2551) พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วย ถ้าให้ได้ผลดีต้องมีการเตรียมความพร้อม ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การฝึกทักษะการให้ข้อมูลสื่อสารที่ดี ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการติดตามเยี่ยมบ้านที่ดี

นอกจากนี้พบว่ามีการศึกษาการจัดการตนเอง ในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ (รัชวรรณ ตู่แก้ว, 2550 ; สมพร พงษ์ชู, 2550 ; สุมาลี หมดสะและ, 2553 ; สไบทิพย์ วรรณ, 2554 ; Norris และคณะ, 2001) ผลการวิจัยโดยสรุปพบว่าผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือนกันยายน 2555 จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 97 ราย พบภาวะน้ำเกินทั้งสิ้น 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.2 ในจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน พบภาวะความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน บวมตามร่างกาย 41 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และนอนรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 7 วัน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.6 และ เสียชีวิต ขณะนำส่งโรงพยาบาล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 (ข้อมูลสถิติหน่วย CAPD โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2555)

บริบทการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา นอกจากสอนผู้ป่วยในการเปลี่ยนน้ำยา ทำแผลช่องทางออก ยังมีการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ในเรื่องการรับประทานอาหาร น้ำและการดื่มน้ำที่แผลช่องสายออก ภาวะน้ำเกินในร่างกาย เป็นต้น

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน จำนวน 41 คน พบว่า ผู้ป่วยทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่ได้ควบคุม น้ำ อาหาร รับประทานอาหารตามแบบแผนเดิม เช่นอาหารพื้นบ้าน น้ำพริก หรืออาหารปรุงสำเร็จรูปจากนอกบ้าน ซึ่งเป็นอาหารที่ปรุงสำหรับบุคคลทั่วไป ไม่ได้จำกัดเรื่องความเค็ม บางครั้งรับประทานผลไม้ที่มีปริมาณน้ำมาก โดยไม่ได้ประเมินกับจำนวนน้ำดื่มในแต่ละวัน ผู้ป่วย 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.3 ไม่ได้ตวงน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะ จะสังเกตปริมาณน้ำดื่มจากภาชนะ โดยไม่สามารถบอกเป็นปริมาณตัวเลขได้ ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.3 จัดบันทึกน้ำยาไม่สม่ำเสมอ เพราะไม่เห็นประโยชน์ นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.9 ไม่ได้ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินผลและเปรียบเทียบน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง จากทั้งหมด ที่กล่าวมานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาสมาดุลของน้ำได้ ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน สำหรับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว อาจทำให้เป็นโรคหัวใจโต และเกิดหัวใจวายในที่สุด จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตัวเองได้ โดยพบว่าไม่มีพฤติกรรมเฝ้าระวังความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนการประเมินความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้มีภาวะน้ำเกินเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล

ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา มีการติดตามประเมินตนเอง และมีการเสริมแรง จากการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ขึ้นเพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ภาวะน้ำเกินสามารถควบคุมได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เปรียบเทียบการเกิดภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมุติฐานของการวิจัย

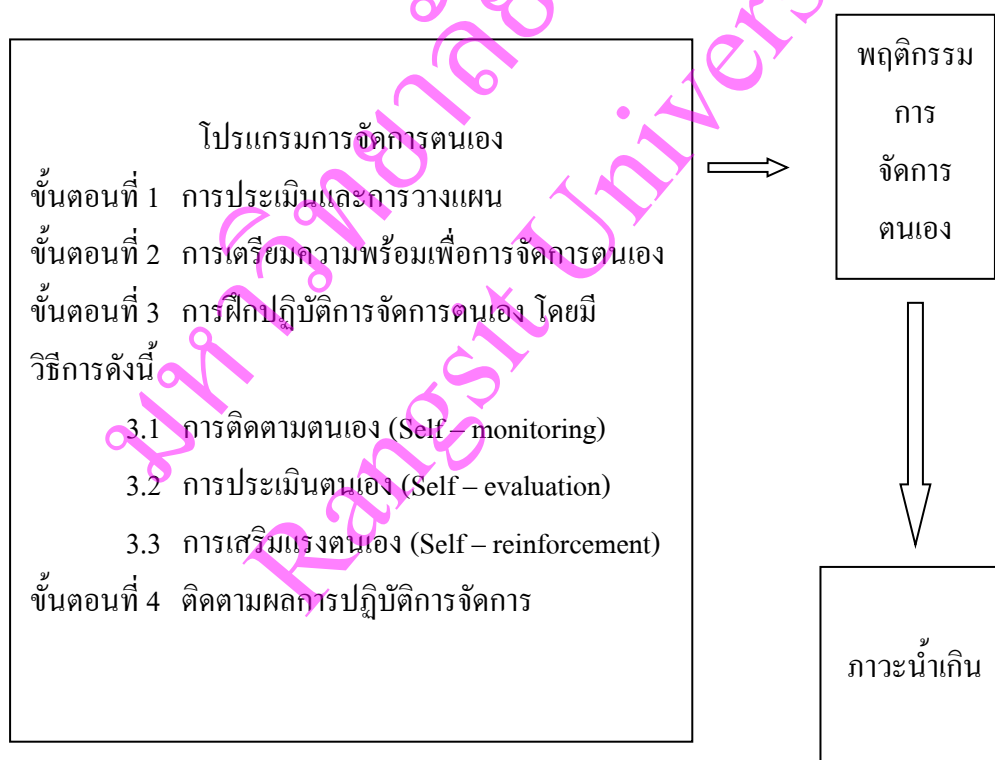
1. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีวก่อนเข้าโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

กรอบแนวความคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management concepts) ของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ให้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ตามแนวคิดการจัดการตนเองเชื่อว่าบุคคลยอมแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อต้องการผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันของตนเอง ส่วนผู้ให้การช่วยเหลือ (Helper) เป็นผู้ควบคุมการรักษา รวมทั้งเป็นผู้เฝ้าอำนาจ สนับสนุนในสิ่งที่บุคคลต้องการ ทั้งด้านประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเสริมแรงเพื่อเพิ่มการยอมรับ และความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อการวางแผนในอนาคต และเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งจุดเน้นของแนวคิดการจัดการตนเอง คือ ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่ตนเองเผชิญอยู่

ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จึงประกอบด้วยขั้นตอนในการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน โดยขั้นที่ 1 การประเมินและการวางแผน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และภาวะน้ำเกิน และพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการ

จัดการตนเอง เป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และปรับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ในการป้องกันภาวะน้ำเกิน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self – monitoring) คือผู้ป่วยสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมต่อเนื่อง 2) การประเมินผลตนเอง (Self – evaluation) กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) เมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลและการประเมินผลการจัดการตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้ ให้อบรม สร้างแรงจูงใจ ตลอดจนติดตามให้คำแนะนำ และเป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งการให้แรงเสริมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จ ในการจัดการตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองผู้วิจัยร่วมค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไขกับกลุ่มตัวอย่าง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตลอดจนให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน ดังรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นียมเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง รูปแบบของกิจกรรม ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินโดยการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อ การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมรายกลุ่มหรือรายบุคคล 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรม รายบุคคล โดยฝึกหัดที่โรงพยาบาลและนำไปปฏิบัติที่บ้าน ประกอบไปด้วย 3.1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3.2) การประเมินผลตนเอง (Self-evaluation) 3.3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) 4) ติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมรายบุคคล

พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง สังเกต และปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self – management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys, (1991)

ภาวะน้ำหนักเกิน (Volume Overload) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีน้ำหนัก คั่งในร่างกายที่ประเมิน ได้จากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแห้ง 2.5 – 3 กิโลกรัมขึ้นไป หรือการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ตัวอย่างรวดเร็ว 1 กิโลกรัมต่อวัน มีอาการบวมเฉพาะที่ หรือ บวมทั่วตัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จะวัดที่ น้ำหนักของผู้ป่วย จากการชั่งแบบ Digital scale วัดละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม ใช้สำหรับชั่งน้ำหนัก หน่วยวัดเป็นกิโลกรัม ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง จากกองช่างกระทรวง สาธารณสุข ที่เข้ามาตรวจสอบทุก 6 เดือน และเป็นเครื่องชั่งเดียวที่ใช้ในการวิจัย คู่มือโน้มของ น้ำหนักตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรม จนถึงสิ้นสุดโปรแกรม วัดเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษารุ่นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD)
2. ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
4. แนวคิดการจัดการตนเอง (Self – management)
5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร หรือ CAPD เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดของเสียออกจากช่องท้องแทนไตที่เสื่อม ดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย และรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ซึ่งจะมีขบวนการขนส่งสารต่างๆ ระหว่างน้ำและเลือด ที่ไหลเวียนผ่านหลอดเลือดฝอย บริเวณผนังช่องท้องตลอดเวลา ปัจจุบันการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรเป็นที่ยอมรับและนิยมกันมาก (อนุตตร จิตตินันท์, 2551) ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งแพทย์และพยาบาลมากนัก รวมทั้งการป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ก็ทำได้ดีกว่าเมื่อก่อนมาก การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ผู้ป่วยเป็นผู้ทำเองที่บ้าน โดยใส่น้ำยาไดอะลิซิส เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ติดต่อทุกวัน ไม่มีวันหยุด จำนวนน้ำยาที่ใส่ในช่องท้อง แต่ละครั้งเป็นจำนวนประมาณ 2 ลิตร และมีการ

เปลี่ยนน้ำยาเข้าออกวันละประมาณ 4 ครั้ง โดยผ่านท่อเทนซ์คอฟฟ์ (Tenckhoff Catheter) ซึ่งถูกฝังไว้ในช่องท้องแบบถาวร การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำเฉพาะกลางวันและก่อนนอน โดยการทำการล้างไต 1 วงจรจะประกอบด้วยระยะใส่น้ำยา (Inflow) ระยะล้าง (Dwell time) และระยะปล่อยออก (Out flow) หลังจากน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องผู้ป่วยหมดแล้ว น้ำยาจะถูกปล่อยทิ้งไว้ในช่องท้องเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และ 8-10 ชั่วโมงในตอนกลางคืน (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ, 2551)

2.1.1 องค์ประกอบของการล้างไตทางช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2551) คือ

1) ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากช่องท้อง พบว่ามีปริมาณมากพอ โดยพบว่ามีอัตราการไหลของเลือดในอัตรา 100 - 200 มล. ต่อนาที ซึ่งในปริมาณนี้มากพอที่จะถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย ไปสู่น้ำยาในช่องท้อง

2) เยื่อช่องท้อง มีพื้นที่ผิวเฉลี่ยประมาณ 1.0 - 1.3 ตารางเมตรในผู้ใหญ่ ภายวิภาคศาสตร์ของเยื่อช่องท้อง ประกอบด้วย

2.1) ระบบหลอดเลือดฝอย ที่เป็นส่วนปลายของระบบหลอดเลือด ส่วน Superior Mesenteric และ Inferior Mesenteric มายังอวัยวะในช่องท้อง

2.2) ส่วนที่เป็น Interstitium ซึ่งประกอบด้วย Collagen Tissues ต่างๆ และ Fibroblast

2.3) Mesothelial Cell เป็นเซลล์สำคัญ ทำหน้าที่เป็นชั้นบางๆ ที่กั้นระหว่างส่วน Interstitium และน้ำยาล้างช่องท้อง

3) น้ำยาล้างช่องท้อง (Dialysate) น้ำยามาตรฐานส่วนใหญ่ ยังคงเป็นสารละลายเกลือแร่ที่มีองค์ประกอบ คล้ายเกลือแร่ในเลือด ยกเว้นไม่มีโปแตสเซียม และมีกลูโคสในระดับความเข้มข้นสูง ทำหน้าที่เป็นสารก่อกออสโมล

2.1.2 กลไกการขนส่งสารผ่านเยื่อช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ประกอบด้วย กลไกหลัก 3 อย่าง (พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2551) คือ

1) การแพร่ (Diffusion) เป็นการเคลื่อนที่ของสารผ่านเมมเบรน (เยื่อช่องท้อง) จากส่วนที่มีความเข้มข้นสูง ไปสู่ส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยกว่า เช่นเลือดที่มีความเข้มข้นยูเรียสูง ไปยังน้ำยาล้างไตที่ไม่มียูเรียอยู่เลย

2) การพา (Convection) หรือ solvent drag หมายถึง การขนส่งสารที่เกิดขึ้นพร้อมกับส่วนที่เป็นน้ำ ที่ออกโดยแรงดันออสโมติก ของน้ำยาล้างไตในช่องท้อง ส่วนนี้เรียกว่า “Ultrafiltration : UF” โดยเกลือแร่และสารโมเลกุลเล็กที่ละลายอยู่ใน UF จะออกมาพร้อมกับส่วนของน้ำด้วย (ทวิ ศิริวงศ์, 2550)

3) Lymphatic absorption คือสารน้ำในช่องท้องถูกดูดซึมสู่ระบบท่อน้ำเหลือง ที่อยู่ใต้กะบังลม ในอัตรา 0.1 – 3.5 มล. ต่อนาที อัตราการดูดซึมมากขึ้น เมื่อแรงดันภายในช่องท้องมากขึ้น

2.1.3 ข้อบ่งชี้ในการเลือกใช้การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ผู้ป่วยที่ต้องทำการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จะมีข้อบ่งชี้ที่จะใช้ประกอบ (ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, 2551) คือ

1) ไม่มีข้อบ่งห้ามด้านร่างกายต่างๆ เช่น ไม่มีช่องต่อระหว่างช่องท้องกับทรวงอก ไม่เคยผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง หรือไม่มีอาการปวดหลังจากความไม่ผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลัง

2) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะดังนี้

2.1) เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด

2.2) เป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มีขนาดตัวเล็กมาก ไม่สามารถหาหลอดเลือดสำหรับทำการฟอกเลือดด้วยไตเทียมได้

2.3) เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.4) เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง

2.5) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางมากๆ (ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)

2.6) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการทำ Vascular access

2.7) เป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งห้ามใช้ยากันเลือดแข็งตัว

3) ผู้ป่วยและญาติต้องยอมรับวิธีของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร และให้ความร่วมมือดี ถ้าผู้ป่วยไม่เต็มใจหรือถูกบังคับให้ยอมรับความล้มเหลวในการรักษาจะมีโอกาสเกิดได้สูง

4) ผู้ป่วยต้องมีสติปัญญาและสภาพจิตใจสมประกอบ ไม่เป็นอุปสรรคในการฝึกสอนหรือไม่ต้องล้มเลิกในระยะเวลาอันสั้น

5) ควรมีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย 1 คน ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถทำการล้างไตด้วยตนเองได้ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว แพทย์พาคอสตาและเพอร์สได้รวบรวมปัจจัยด้านจิตสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร มีดังนี้ (Zappacosta & Perras, 1984 : อ้างใน นุชจรีรัตน์ประภาศิริ, 2539)

1) แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจที่ดีต้องมีมาจากภายในตัวผู้ป่วยเองมากกว่ามาจากภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ สมาชิกในครอบครัว โดยญาติอาจจะต้องการให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรักษาจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาเป็นการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรเนื่องจากไม่ต้องการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยยังไม่เห็นชอบการรักษา

2) ความเชื่อทางสุขภาพ (Health Beliefs) คือความเชื่อในความสัมพันธ์ของเหตุและผล นั่นคือถ้าระมัดระวังในการล้างไต ผลที่ได้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในชีวิต และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรต้องมีความเชื่อทางสุขภาพที่ดี ตระหนักถึงเหตุและผลของการกระทำ ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำจะมีผลดีต่อตนเอง

3) ความสามารถในการเรียนรู้ (Mental Acuity) มีความสำคัญเพราะผู้ป่วยต้องเรียนรู้และจดจำขั้นตอนต่างๆ ในการเปลี่ยนน้ำยา ถ้าสามารถเรียนรู้และจดจำได้ดีก็จะทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support systems) เป็นสิ่งสำคัญมากอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัวเพื่อนสนิท ใกล้ชิดและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในด้านความรัก ความเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูล ในการทำการรักษาด้วยวิธีนี้ การช่วยเหลือในค่ารักษาพยาบาล และการประเมินปัญหา ผลการรักษาและให้ข้อเสนอแนะในการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการรักษาต่อไป

2.1.4 ข้อดีของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

การรักษาด้วยการล้างไต ทางช่องท้องชนิดถาวร มีข้อดีหลายประการ (ณัฐวุฒิ โควนาชัย, 2551) คือ

1) มีอิสระ ประโยชน์หลักของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ก็คือ ผู้ป่วยมีอิสระจากเครื่องไตเทียม และสามารถไปไหนมาไหนได้อย่างอิสระเพราะการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถทำได้เองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ดีขึ้นว่าสามารถควบคุมได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนสามารถทำงานต่อไปได้

2) การเดินทาง การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร มีข้อสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์ไตเทียม ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรหลายๆ อย่าง สามารถแก้ไขได้โดยโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในหน่วยไตเทียม นอกจากนี้การเดินทางที่ใช้เวลานานหรือระยะทางไกลนั้นก็ไม่เป็นอุปสรรคในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร เพราะการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตสามารถกระทำได้ในรถหรือบนเครื่องบินได้ถ้าจำเป็น

3) ไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารและน้ำมาก หลังได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรแล้ว ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารและน้ำเพียงเล็กน้อย เพราะโซเดียมโปแตสเซียมสามารถผ่านเยื่อช่องท้องได้ ซึ่งแตกต่างจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4) ความสุขสบาย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จะได้รับการฝังสายพลาสติกที่หน้าท้องเพียงครั้งเดียว เมื่อแผลหายดีแล้วจะไม่มีอาการเจ็บปวดอีก ผู้ป่วยไม่ต้องถูกแทงเข็มสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เหมือนผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

5) ค่าเคมีในเลือดคงที่ การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ของเสียในร่างกายจะถูกกำจัดออกจากร่างกายอย่างต่อเนื่อง น้ำและสารเคมีในร่างกายจะคงที่

6) ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยติดตามการรักษาทุก 1 - 2 เดือน ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่าการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์

7) การสูญเสียเลือดมีน้อยกว่าการรักษาในแบบอื่นๆ

8) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ เบาหวาน หรือผู้ป่วยชรา ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ โดยให้อินซูลินทางช่องท้อง

9. การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตมีน้อยกว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากการรักษาวิธีนี้มีการแลกเปลี่ยนน้ำและโซเดียมตลอดเวลา
10. ไม่ต้องจำกัดกิจกรรมมาก ยกเว้นกิจกรรมที่เพิ่มความดันในช่องท้อง

2.1.5 ข้อดีของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ณัฐวุฒิ โควนาชัย, 2551) มีดังต่อไปนี้คือ

- 1) มีโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ จากการล้มเหลวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการปลอดเชื้อ การรักษาความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม
- 2) เกิดภาวะขาดน้ำได้ง่ายเนื่องจากการขับน้ำและเกลือแร่ตลอดเวลา
- 3) อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายมีการดูดซึมเดรกโตสจากน้ำยาเข้าสู่ร่างกาย อาจทำให้อ้วนและไขมันในเลือดสูง
- 4) สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการฝังท่อแทนซ็คอพี มีถุงน้ำยาและน้ำยาอยู่ในช่องท้องตลอดเวลา
- 5) มีโอกาสเกิดไส้เลื่อน อาการปวดหลังเนื่องจากน้ำยาล้างไตที่ใส่ไว้ในช่องท้องจะเพิ่มความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น
- 6) เหนื่อยล้าต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเองวันละ 3-4 ครั้ง ต้องดูแลแผลที่หน้าท้อง และดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม
- 7) มีการสูญเสียโปรตีนและวิตามินบางชนิดออกไปกับขบวนการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง

2.1.6 ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ประเสริฐ รัตนกิจจารุ, 2551) มีดังต่อไปนี้คือ

- 1) การติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) การติดเชื้อในช่องท้องเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ซึ่งปัจจุบันอุบัติการณ์จากรายงานต่างๆ จะอยู่ในเกณฑ์ประมาณ 0.67 ครั้งต่อรายต่อปี (ISPD ; 2010) อาการที่พบเริ่มแรกของการติดเชื้อในช่องท้อง คือ น้ำยาที่ปล่อยออกมาจากช่องท้องขุ่น ในบางครั้งอาจมีอาการปวดท้องนำมาก่อนก็ได้ อาจมีไข้หรือไม่มีไข้ก็ได้

2) การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังรอบๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้อง (Exit site Infection) ลักษณะที่สำคัญคือ ตรวจพบอาการอักเสบ บวมแดงบริเวณดังกล่าว บางครั้งอาจมีหนอง หรือน้ำเหลืองไหลออกจากบริเวณรอบๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้องและพบว่ามากกว่าร้อยละ 20 ของการติดเชื้อรอบๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้องเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง (Maculuso – Graham, 1997) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลจะช่วยยืดอายุผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องได้

3) การสูญเสียน้ำของเยื่อบุช่องท้อง (Ultrafiltration) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของน้ำและเกลือแร่เกินในร่างกาย โดยไม่ได้เกิดจากการคั่งน้ำมากเกินไป แต่เกิดจากการที่ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมาน้อยกว่าปริมาณของน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องท้องทำให้เกิดการสูญเสียการคั่งน้ำของเยื่อบุช่องท้องอย่างมากที่สุด สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องท้องดังกล่าวเชื่อว่าเกิดจากภายหลังจากการติดเชื้อในช่องท้อง

4) ไข้เลือด และการบวมของอวัยวะเพศ (Hemia and genital edema) สาเหตุเกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้องจากน้ำยาล้างไต ทำให้หน้าท้องขยาย และเกิดไข้เลือดขึ้นในส่วนที่อ่อนแอของผนังหน้าท้อง

5) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหายใจ (Respiratory complication) เช่น ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว Ultrafiltration เสีย หรือคั่งน้ำ และรับประทานอาหารเต็มมากเกินไป

6) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular complication) เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน ก็จะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ระหว่างการทำซีเอฟีดี หรือภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยซีเอฟีดีมักคุมความดันโลหิต และควบคุมภาวะน้ำเกินได้ดี กล้ามเนื้อหัวใจมักทำงานดีขึ้น แต่ถ้าความดันโลหิตคุมไม่ได้ รับประทานอาหารเต็มและคั่งน้ำมากเกินไป Ultrafiltration เสีย ซีดมาก ก็จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

7) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบเผาผลาญ (Metabolic complication) เช่น ภาวะสูญเสียโปรตีน (Protein loss) ในการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรจะมีการสูญเสียโปรตีนออกมาทางน้ำยาล้างไตประมาณวันละ 10 กรัม (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2544) และเพิ่มมากขึ้นถ้ามีเยื่อบุช่องท้องอักเสบการให้อาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดี วันละ 12-13 กรัม/กก. น้ำหนักตัวจะช่วยให้ร่างกายได้รับโปรตีนเพียงพอ (เกรียง ตั้งสง่า และชวลิต รัตนกุล, 2548)

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น เลือดออกในช่องท้อง ภาวะนี้มักพบในผู้หญิงโดยจะเกี่ยวข้องกับประจำเดือน เนื่องจากมีเยื่อบุมดลูกอยู่ในช่องท้อง หรือมีการไหลย้อนของเลือดจากมดลูกผ่านปีกมดลูกเข้าสู่ช่องท้อง นอกจากนี้ยังมีอาการปวดหลัง ไขมันในเลือดสูง การอุดตันของท่อ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาเหล่านี้ล้วนแต่สามารถป้องกันรักษาได้ เพียงแต่ผู้ป่วยมีความตั้งใจจริงในการที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยก็จะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ชนิดถาวร และมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2.2 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ภาวะน้ำเกิน (Volume overload) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีน้ำคั่งในร่างกาย และมีอาการบวม โดยมีลักษณะเฉพาะคือ การมีปริมาณน้ำที่ได้รับมากกว่าปริมาณน้ำสูญเสียออกจากร่างกาย มีการคั่งของน้ำในปอด ทำให้เสี่ยงหายใจผิดปกติ แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีอาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ผิวหนังตึงใส (วิพร เสนารักษ์, 2541)

2.2.1 ความสมดุลของน้ำในร่างกาย (Body Water Balance)

ในภาวะปกติน้ำที่ร่างกายได้รับ (Water Intake) และน้ำที่ร่างกายขับออก (Water output) จะต้องมีความเท่ากันจึงจะเกิดภาวะสมดุล (ชลธิป พงศ์สกุล, 2547)

ตารางที่ 2.1 ปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและสูญเสียในแต่ละวัน (ชลธิป พงศ์สกุล, 2547)

น้ำที่ได้รับ/วัน (มิลลิลิตร)	ปริมาณ (มิลลิลิตร)	น้ำที่สูญเสีย/วัน (มิลลิลิตร)	ปริมาณ (มิลลิลิตร)
น้ำดื่ม	500 – 1,700	ทางผิวหนังและปอด	850 – 1,200
น้ำในอาหาร	800 – 1,000	ทางปัสสาวะ	600 – 1,600
น้ำที่ได้จากการเผาผลาญ	200 – 300	ทางอุจจาระ	50 – 200
รวม	1,500 – 3,000	รวม	1,500 – 3,000

จากตารางเมื่อมีปริมาณน้ำในร่างกายได้รับมากกว่าปริมาณน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย ก่อให้เกิดความไม่สมดุล จึงเรียกว่า มีน้ำเกินเกิดขึ้น

2.2.2 ลักษณะเฉพาะของภาวะน้ำเกิน

หากเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกายก็จะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินขึ้น ซึ่งลักษณะเฉพาะของน้ำเกิน (ชลธิป พงศ์สกุล, 2547) คือ

- 1) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 24–28 ชั่วโมงแรก
 - 1.1) น้ำหนักตัวเพิ่มในระดับเล็กน้อย (Mild) หมายถึงน้ำหนักตัวเพิ่ม 2 – 4 ปอนด์ / 120 ปอนด์
 - 1.2) น้ำหนักตัวเพิ่มในระดับปานกลาง (Moderate) หมายถึงน้ำหนักตัวเพิ่ม 6 ปอนด์ / 120 ปอนด์
 - 1.3) น้ำหนักตัวเพิ่มในระดับมาก (Severe) หมายถึงน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 80%
- 2) มีอาการบวมเฉพาะที่หรือบวมทั่วตัว (มีการสะสมของน้ำ 2.5–3 ลิตรขึ้นไป) จึงแสดงอาการให้เห็น เช่น บวมกดบุ๋ม
- 3) ปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับมากกว่าปริมาณน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกายแสดงว่ามีการคั่งค้างของน้ำในร่างกาย
- 4) มีน้ำคั่งในปอด (Fluid crackle on lung auscultation)
- 5) หายใจลำบาก (External dyspnea) หายใจตื้น สั้น (Shortness of breath)
- 6) CVP สูงขึ้นแต่ Cardiac output ลดลง (CVP มากกว่า 10 เซนติเมตรน้ำ)
- 7) ปัสสาวะออกน้อย (น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม.)
- 8) หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (neck vein engorged) ส่วนมากพบเมื่อมีอาการหนัก
- 9) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN, Na, Hct ต่ำ แต่ถ้าไตล้มเหลว (Renal failure) อาจพบว่า BUN, Creatinine, Potassium สูงขึ้นได้

2.2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะน้ำเกิน

การเกิดภาวะน้ำเกินมักมีหลายสาเหตุ (ชลธิป พงศ์สกุล, 2547) ประกอบด้วย

- 1) เกิดจากการมีน้ำสะสมอย่างผิดปกติในเซลล์ ช่องว่างระหว่างเซลล์ (Intercellular space) หรือในช่องว่างระหว่างร่างกาย (Cavity)
- 2) การได้รับน้ำมากเกินไป จากการดื่มหรือได้รับทางหลอดเลือดดำ
- 3) การหลั่ง ADH เพิ่มขึ้น

- 3.1) จากพยาธิสภาพของสมอง เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
- 3.2) ความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด การติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน ได้รับความสาละบ ยาแก้ปวด
- 4) การขับปัสสาวะลดน้อยลง
 - 4.1) โรคหัวใจล้มเหลว ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง
 - 4.2) โรคไตเรื้อรัง ทำให้การกรองที่ไตลดลงมาก
- 5) ความเสื่อมของต่อมหมวกไต ทำให้การหลั่งอัลโดสเตอโรนลดลง มีผลให้สูญเสียโซเดียมออกจากร่างกายจำนวนมาก โดยไม่ได้สัดส่วนกับน้ำที่สูญเสีย

2.2.4 กลไกการเกิดภาวะน้ำเกิน

กลไกการเกิดภาวะน้ำเกิน (ชดธิป พงศ์สกุล, 2547) ในคนปกติมีน้ำในร่างกาย ร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัวโดยเป็นน้ำในหลอดเลือด (Intravascular) และน้ำนอกหลอดเลือด (Extravascular) น้ำในหลอดเลือดเป็นน้ำที่อยู่ในห้องหัวใจและอยู่ในระบบหลอดเลือดทั่วร่างกาย ส่วนน้ำนอกหลอดเลือดเป็นน้ำที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในเซลล์ ระหว่างเซลล์ ในน้ำเหลืองและในระบบเฉพาะที่บรรจุน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid)

น้ำทั้งสองส่วนจะมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ผ่านผนังหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนที่ของของเหลวส่วนใหญ่ประกอบด้วยน้ำ อิเล็กโทรไลต์และตัวทำละลายที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ เกิดจากผลลัพธ์ของ 2 แรงคือ แรงดันไฮโดรสแตติก หรือแรงดันของเหลว (Hydrostatic pressure) และแรงคูดน้ำไว้ของพลาสมา โปรตีนหรือแรงดัน ออโนคิติก (Oncotic pressure) ระหว่างภายในและภายนอกหลอดเลือดฝอย ด้วยแรงดันทั้งสองดังกล่าว ของเหลวในส่วนที่อยู่ในหลอดเลือดและนอกหลอดเลือดจึงอยู่อย่างสมดุล การเปลี่ยนแปลงของแรงดันหรือของผนังหลอดเลือดจะทำให้การเคลื่อนที่ของของเหลวผิดไปจากปกติ

แรงดันไฮโดรสแตติก (Hydrostatic pressure) จะสัมพันธ์กับแรงดันโลหิต เม็ดเลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดฝอย ซึ่งพื้นที่หน้าตัดมีขนาดเล็ก แรงดันไฮโดรสแตติกจะดันของเหลวให้ซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ซึ่งค่าแรงดันในหลอดเลือดฝอยช่วงต้นที่อยู่ติดกับผนังหลอดเลือดแดงอาร์เทอร์ริโอล (Arteriole) แรงดันมีค่าประมาณ 15 มิลลิเมตรปรอท ในช่องว่างระหว่างเซลล์จะมีแรงดันไฮโดรสแตติกเช่นกัน แต่เป็นแรงดันในทิศทางตรงกันข้ามกับแรงดันไฮโดรส

เตติกในหลอดเลือดและไม่ว่าจะอยู่ด้านหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำความดันนี้จะมีค่าคงที่ คือมีค่าเพียง 0–1 มิลลิเมตรปรอทเท่านั้น

แรงดันออนโคติก แรงดันนี้จะเกี่ยวข้องกับแรงคูดน้ำไว้ของโปรตีนในพลาสมา มีทั้งในหลอดเลือดฝอยและช่องว่างระหว่างเซลล์ แรงดันออนโคติกในหลอดเลือด มีค่าประมาณ 28 มิลลิเมตรปรอท ตลอดทั้งด้านหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำ ส่วนในช่องว่างระหว่างเซลล์ แรงดันนี้จะคูดน้ำไว้ให้คงอยู่ในช่องว่างและมีค่าประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท

การที่แรงดันต่างๆ ในส่วนของช่องระหว่างเซลล์มีค่าไม่มาก การซึมผ่านของของเหลวออกนอกหลอดเลือดจึงสามารถอธิบายได้อย่างง่ายจากความดันภายในหลอดเลือดทั้ง 2 คือ แรงดันไฮโดรสเตติกและแรงดันออนโคติกในหลอดเลือดในช่วงต้นของหลอดเลือดฝอย แรงดันไฮโดรสเตติกจะมากกว่าแรงดันออนโคติกทำให้ของเหลวซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยเข้าสู่ช่องระหว่างเซลล์โดยที่เม็ดเลือดแดง อัลบูมิน และสารอื่นที่มีโมเลกุลใหญ่ไม่สามารถซึมผ่านออกนอกหลอดเลือดได้ น้ำในหลอดเลือดที่เหลือจึงมีปริมาตรลดลง อัลบูมินในหลอดเลือดเข้มข้นขึ้น แรงดันออนโคติกจึงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อถึงส่วนปลายของหลอดเลือดฝอยที่ติดกับเวนูล แรงดันออนโคติกจึงมีมากกว่าแรงดันไฮโดรสเตติก ทำให้น้ำถูกคูดกลับเข้าสู่หลอดเลือดได้เกือบหมด น้ำที่เหลือค้างในช่องระหว่างเซลล์ที่มีจำนวนไม่มากจะถูกคูดกลับทางท่อน้ำเหลืองและในภาวะที่มีน้ำเกินจะส่งผลให้ร่างกายมีอาการบวมซึ่งเกิดจากการเพิ่มแรงดันไฮโดรสเตติกและแรงดันออนโคติก จะทำให้มีน้ำสะสมอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์มากขึ้น และเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากปกติร้อยละ 30 หรือ ประมาณ 2.5–3 ลิตร (ในคนน้ำหนัก 60 กิโลกรัม) จะเกิดอาการบวมกดปุ่ม (Pitting edema) นั้น ซึ่งจะพบในส่วนของร่างกายที่มีแรงดันของเนื้อเยื่อตึง เช่น เปลือกตา และบริเวณที่อยู่ส่วนล่างของร่างกาย เช่น หน้าแข้ง หลังเท้า เป็นต้น อาการบวมจะสังเกตได้ต่อเมื่อมีการสะสมของเหลวในร่างกายในปริมาณที่มากแล้วแต่อาการแสดงของการรู้สึกน้ำหนักเพิ่มขึ้น สามารถบอกการมีภาวะน้ำเกินในร่างกายได้แต่เริ่มแรก โดยพบว่า อาการบวมจะปรากฏเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 4.5–6.8 กิโลกรัม หรือมีของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น 4–7 ลิตร ดังนั้นจะประมาณการว่าการเพิ่มน้ำหนักตัวรวดเร็ว 1 กิโลกรัม ต่อวัน หมายถึง การสะสมของเหลวในช่องว่างระหว่างเซลล์เพิ่มขึ้น 1,000 มิลลิลิตร

ภาวะปอดบวมน้ำเย็บปลัน (acute pulmonary edema) เป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตรายและมักเกิดจากเวนตริเคิลซ้ายล้มเหลว ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดอาจทำให้เสียชีวิต ผู้ป่วยภาวะปอดบวมน้ำเสมือนคนจมน้ำที่อยู่ในร่างกายตนเอง อาการสำคัญ ได้แก่ หายใจลำบากอย่างรุนแรง หายใจลำบาก

เมื่อนอนราบ ซีด หัวใจเต้นเร็ว ไอมีเสมหะมาก และเป็นฟองสีชมพูหรือมีเลือดปน กลัวและตื่นตระหนก หายใจมีเสียงวี๊ด เหนื่อยออกมาก หายใจมีฟองอากาศออกมาก จมูกบาน ไขก้นเนื้อช่วย หายใจมากกว่าปกติ หายใจเร็ว หลอดเลือดตีบตัว ตรวจค่าความดันกำซาในหลอดเลือดแดงจะพบออกซิเจนต่ำ การตรวจร่างกายผู้ป่วยเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลวเนื่องจากการยืดขยายเวนทริเคิลซ้ายในการคลำจะพบ apical impulse กว้างและย้ายออกไปทางซ้าย การฟังจะได้เสียง gallop หรือเสียงหัวใจที่ 3 และที่ 4 และจะพบ pulsus alternans หรือชีพจรเบาแรงสลับกัน

การมีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง ทำให้สมองได้รับเลือดไม่เพียงพอเกิดความวิตกกังวล ความจำเสื่อม ฝันร้าย นอนไม่หลับและสับสน อาการสับสนจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุมาก แม้มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับเพียงเล็กน้อยหรือปานกลางเท่านั้น

อาการเหนื่อยล้าและกล้ามเนื้ออ่อนแรงพบได้เสมอในผู้ป่วยเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลว ทั้งเวนทริเคิลซ้ายและขวาที่ล้มเหลวจะมีผลต่อไต แต่ผลจากเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลวจะรุนแรงกว่า อาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะหัวใจล้มเหลว ในเวลากลางวันผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือยืนเป็นส่วนใหญ่ เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยการสร้างปัสสาวะจึงน้อยตาม แต่ในเวลากลางคืน เลือดไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น การสร้างปัสสาวะจึงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนและรบกวนการนอนของผู้ป่วย และอาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา

เมื่อปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปยังไตจะลดลงทำให้ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ดังนั้น จึงใช้ปริมาณปัสสาวะที่ออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็นอาการทางคลินิก ที่บ่งบอกภาวะที่มีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และหากเลือดที่ไปยังไตลดลงจากปกติร้อยละ 50–75 จะเกิดภาวะไม่มีน้ำปัสสาวะ (anuria) ซึ่งเป็นอาการระยะท้ายของภาวะหัวใจล้มเหลว

เมื่อเลือดไปยังไตลดลง ความดันในหลอดเลือดแดงรีนัลจะลดลงด้วย ทำให้อัตราการกรองของโกลเมอรูลัส (glomerulus filtration) ลดลงเพิ่มการสะสมโซเดียมและน้ำและหากเลือดที่ไปยังไตยังลดลงอีก ระบบเรนิน – แอนจิโอเทนซิน – แอนโดสเทอโรนจะถูกกระตุ้นให้ทำงาน แอนโดสเทอโรนจะถูกปล่อยออกมาจากอะดรีนัลคอร์เท็กซ์ (adrenal cortex) ไปออกฤทธิ์ที่ท่อไตเล็กทำให้มีการดูดกลับของน้ำและเกลือมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และหากเกิดต่อเนื่องจะเกิดอาการบวมในที่สุด

เมื่อปริมาณโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้น แรงดันออสโมติกของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นตาม เกิดการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังให้ปล่อยฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ออกมา ฮอร์โมนนี้จะเสริมหน้าที่ไตในการดูดน้ำกลับ ทำให้บวมมากขึ้น แต่ฮอร์โมนนี้มีความสำคัญต่อการบวมน้อยกว่าอัลโดสเตอโรน

ภาวะปอดบวมน้ำเฉียบพลันแสดงถึงการมีการกั่งของเลือดในปอดที่รุนแรง เกิดเมื่อความดันในหลอดเลือดฝอยของปอดสูงเกินกว่าความดันที่จะรักษาน้ำไว้ในหลอดเลือด สารน้ำจึงออกไปอยู่ในถุงลมปอด ลดบริเวณที่ใช้แลกเปลี่ยนก๊าซของปอด อาการของภาวะปอดบวมน้ำมักเกิดกะทันหัน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง มีเสียงวี๊ด ไอ นอนราบไม่ได้ เสียงลมหายใจดังและมีอาการเขียว สารน้ำที่เข้าไปในถุงลมทำให้เกิดเสมหะเป็นฟองสีชมพู และผู้ป่วยมักมีอาการง่วงซึม วิตกกังวลอย่างมาก กลัวตาย เหงื่อท่วมตัว แขน ขาเย็น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างมาก

การบำบัดภาวะปอดบวมน้ำถือเป็นการบำบัดอายุศาสตร์ฉุกเฉิน ต้องการการบำบัดอย่างเร่งด่วนด้วยวิธีการที่ค่อนข้างมากมายหลายอย่าง การล่าช้าเพียงไม่กี่นาทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ยาที่ใช้ได้แก่ ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ และวิธีการต่างๆ ที่จะลดภาระด้านหน้าของหัวใจ อันจะช่วยลดการกั่งเลือดของปอด เช่น การใช้ยามอร์ฟิน การทำ rotating tourniquet และการเจาะเลือดออก (phlebotomy) ซึ่งสองวิธีหลังไม่ค่อยนิยม

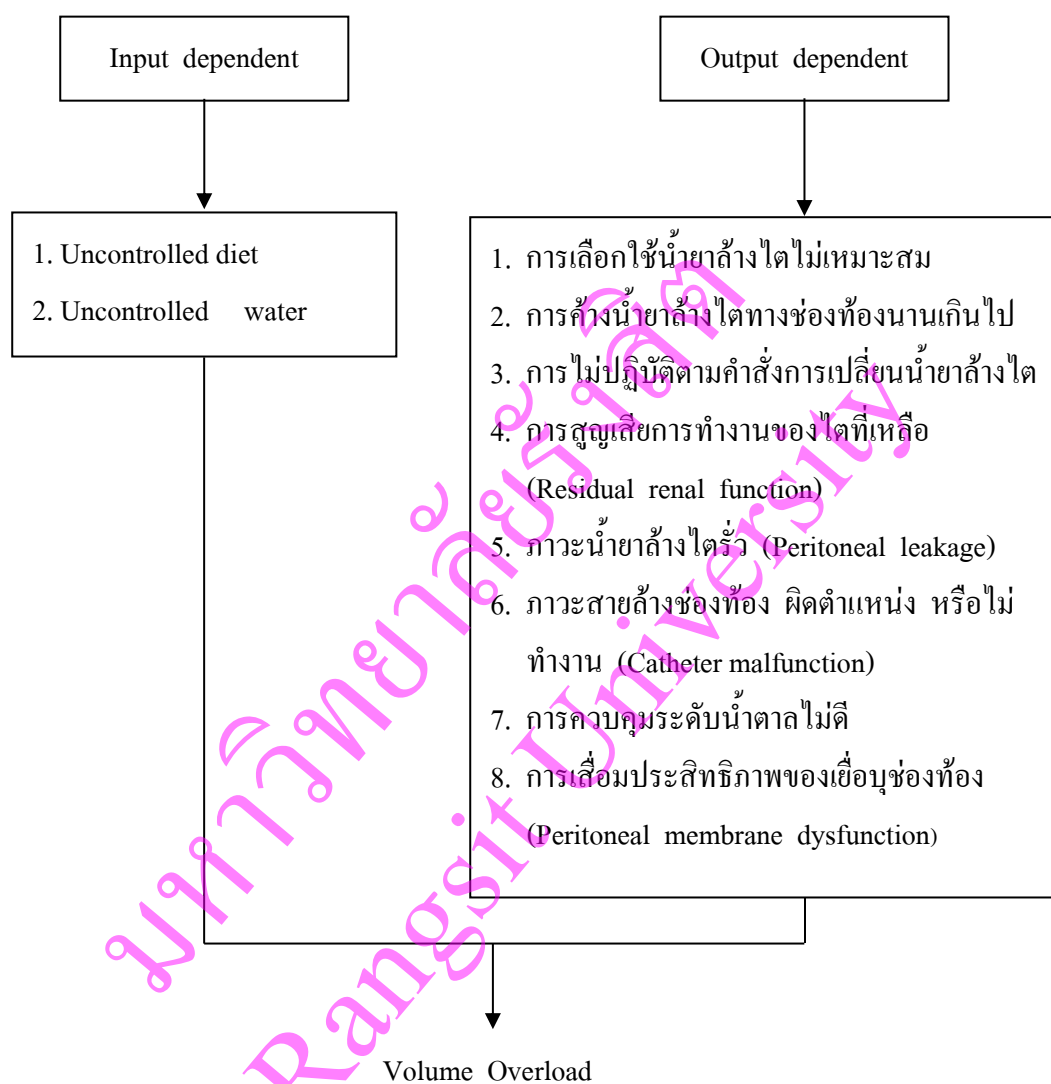
ภาวะน้ำเกินทำให้ปริมาตรของน้ำภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจึงมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือดทำให้หัวใจเต้นแรงและความดันโลหิตสูง

2.3 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ปัญหาภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรนั้น ก่อให้เกิดอาการบวม ความดันโลหิตสูง เพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (จิรายุทธ จันทร์มา, 2551)

สาเหตุ การเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร อาจเกิดได้หลายสาเหตุ สามารถแบ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ในผู้ป่วยเหล่านี้ ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ สาเหตุที่เกิดจากผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารมากเกินไป และสาเหตุที่

เกิดจากการขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายลดลง อย่างไม่ได้สัดส่วนกับน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ดังแผนภาพต่อไปนี่ (ประเสริฐ ชนกิจจารุ, 2551)



ภาพที่ 2.1 การเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
ที่มา : ประเสริฐ ชนกิจจารุ, 2551

2.3.1 การประเมินภาวะน้ำเกิน

ภาวะที่ไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินขึ้น ซึ่งการประเมินภาวะน้ำเกิน (จิรายุทธ จันทร์มา, 2551) มีดังต่อไปนี้

1) การซักประวัติ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว คือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปริมาณสารน้ำที่เข้าออกในแต่ละวัน ปริมาณน้ำยาเก่าไร ในแต่ละวงจร และแต่ละวัน การทำงานของไตที่เหลืออยู่ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) การรับประทานยาชนิดต่างๆ รวมทั้ง ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวม เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย อาทิ บวมชนิดกดบวม ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Engorged neck vein) ฟังปอดได้ยินเสียง (Crepitation) เสียงหายใจฟังได้ลดลงอาจบ่งชี้ถึงภาวะรั่วของน้ำยาเข้าช่องอกตรวจดูว่ามีการอุดตันของสายล้างช่องท้องหรือไม่ นอกจากนี้ควรตรวจเพื่อดูว่าภาวะรั่วของน้ำยาล้างไตออกนอกช่องท้องหรือไม่ (Peritoneal leakage)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอด (Chest x-ray) Plain KUB ระดับซีรัมอัลบูมิน การใส่สารทึบแสงผสมในน้ำยาล้างไตใส่ในช่องท้อง เพื่อทดสอบภาวะรั่วของน้ำยาออกนอกช่องท้อง เป็นต้น

หากแยกภาวะอื่นออกไป ได้แก่ การคั่งน้ำมาก การไม่จำกัดน้ำและเกลือ ภาวะสายล้างช่องท้องไม่ทำงานหรืออยู่ผิดตำแหน่ง ภาวะน้ำยาล้างไตรั่ว มีภาวะทุพโภชนาการขั้นร้ายแรง ให้สงสัยว่ามีภาวะ Ultrafiltration failure ควรประเมินประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้อง (Peritoneal equilibration test : PET) ต่อไป

แนวทางการดูแลรักษาทางด้านปริมาณน้ำเกิน (ultrafiltration problems and ultrafiltration failure) (จิรยุทธ จันทร์มา, 2551) มีแนวทางการดูแลรักษาภาวะน้ำเกินดังนี้

1) การควบคุมปริมาณน้ำคั่งและเกลือที่เหมาะสม ปริมาณเกลือ โซเดียมที่รับประทานในแต่ละวันไม่เกิน 2.3 กรัม (100 mmol)

2) หลีกเลี่ยงการเสื่อมของการทำงานของไตที่เหลือ ระวังการใช้ยาที่มีพิษต่อไต อาทิ NSAIDs และภาวะขาดน้ำ

3) พิจารณาให้ loop diuretic ในผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น รายที่มีภาวะปริมาณน้ำในร่างกายเกินและยังมีการทำงานของไตเดิมเหลืออยู่ให้ loop diuretic ขนาดสูง เพื่อเพิ่มปริมาณปัสสาวะและกำจัดน้ำส่วนเกินได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรให้ในรูปแบบการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เนื่องจากจะทำให้เกิดพิษต่อหูได้

4) แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างเคร่งครัด

- 5) เฝ้าระวังภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ รักษาภาวะดังกล่าวให้ทันทั่วทั้งที่ เพื่อลดการเกิดพังพืดในช่องท้อง และ peritoneal sclerosis
- 6) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงจนเกินไป
- 7) ให้การรักษาและแก้ไขตามสาเหตุ เช่น catheter malfunction
- 8) หากมีภาวะให้การรักษา Ultrafiltration failure (UF failure) ตามชนิดของภาวะนั้นๆ ดังรายละเอียดดังนี้

8.1) high transporter with UF failure (type I) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาการดูดซึมน้ำตาลจากน้ำยาล้างไตที่เร็วมาก จึงทำให้ไม่สามารถดึงน้ำจากร่างกายได้ วิธีการแก้ไขสามารถทำได้โดย

ก) ปรับเปลี่ยนคำสั่งการรักษาโดยให้เวลาที่ค้างในช่องท้องสั้นลง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาล้างไตที่มี dextrose เป็นส่วนประกอบ ค้างไว้ในช่องท้องนานๆ โดยผู้ป่วยซีเอฟดี ควรเปลี่ยนน้ำยารอบกลางคืนควรเปลี่ยนน้ำยาประมาณเที่ยงคืนหรือใช้เครื่องมือช่วยเปลี่ยนน้ำยารอบกลางคืน หากเป็นผู้ป่วยที่ใช้วิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิด automated peritoneal dialysis (APD) ควรตั้งเครื่องโดยใช้ short 1-1.5 hour dwell mode

ข) icodextrin ปัจจุบันมีการใช้น้ำยาล้างไตชนิด icodextrin ซึ่งเป็น carbohydrate polymer ขนาดใหญ่ ใช้ในรอบของซีเอฟดีที่จำเป็นต้องค้างน้ำยาในช่องท้องนานๆ เช่น รอบกลางคืน เป็นต้น สามารถค้างไว้ในช่องท้องนานถึง 14-16 ชั่วโมง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการใช้น้ำยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่มีปัญหา high transporter with UF failure (type I) ทำให้มี technique survival นานมากขึ้น

ค) การพักท้อง (resting of peritoneum) พบว่าได้ประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังไม่ทราบกลไกที่แท้จริง แต่เชื่อว่าการพักท้องจะช่วยการอักเสบของเยื่อช่องท้องลดลงและยังลดปริมาณไหลเวียนของเลือดบริเวณช่องท้องอีกด้วยเป็นผลให้ประสิทธิภาพของเยื่อช่องท้องกลับสู่สภาพปกติ

8.2) low transporter with UF failure (type II) การรักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องต่อไปมักจะไม่ได้ผล โดยแม้ว่าจะเปลี่ยนไปใช้วิธีการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ หรือการใช้ icodextrin ก็ตาม ผู้ป่วยมักต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดหรือฟอกเลือดร่วมกับการล้างไตทางช่องท้อง

8.3) high average หรือ low average transporter with UF failure แนะนำให้จำกัดน้ำและเกลือ การให้ยาขับปัสสาวะโดยเฉพาะกลุ่ม loop diuretic เวลาการค้ำน้ำยาล้างไตในช่องท้องให้สั้นลงและการใช้น้ำยาล้างไตชนิด icodextrin ในรอบที่ต้องค้ำน้ำยาล้างไตเป็นเวลานาน

2.3.2 ผลกระทบของภาวะน้ำเกินต่อภาวะสุขภาพ

ภาวะน้ำเกินมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่สำคัญดังนี้ (วนิดา กุ๋เคียงบุญ, 2551)

- 1) ภาวะน้ำเกินทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้อกระตุก ชัก หรือหมดสติ
- 2) ผู้ป่วยมีการคั่งของน้ำระหว่างเซลล์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีอาการบวมบริเวณข้อเท้า ก้นกบ หน้าตา และอาจบวมทั่วตัว (Anasarca)
- 3) การคั่งของน้ำระหว่างเซลล์ในทางเดินอาหารบวม ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน
- 4) ภาวะน้ำเกิน มีผลให้เสียสมดุลอิเลกโตรลัยท์ ที่สำคัญคือ ทำให้สมดุลในพลาสมาต่ำ เพราะปริมาณของน้ำภายในหลอดเลือดเพิ่ม มีผลทำให้โซเดียมเจือจาง
- 5) ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ เนื่องจากปริมาณของน้ำนอกเซลล์มากขึ้น จึงขับออกจากทางเดินอาหาร
- 6) ภาวะน้ำเกินทำให้มีการคั่งของน้ำภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จึงมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ และการไหลเวียนเลือด ทำให้หัวใจเต้นแรง และความดันโลหิตสูง
- 7) การเพิ่มปริมาตรของน้ำภายนอกเซลล์ ทำให้ปอดบวม น้ำ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้การหายใจเปลี่ยนไป ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ไอ หอบเหนื่อย
- 8) ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล เครียด เกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง จากการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - Management)

แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) เป็นแบบจำลองที่มีความเชื่อว่าบุคคลยอมแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อที่ความต้องการผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบันของตนเอง ผู้ให้การช่วยเหลือ (helper) เป็นผู้ควบคุมการรักษาซึ่งรวมทั้งเป็นผู้

เมื่ออำนาจ สนับสนุนในสิ่งที่บุคคลต้องการการช่วยเหลือทั้งด้านประสบการณ์ การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการเสริมแรง เพื่อเพิ่มการยอมรับ และเพิ่มความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองเพื่อการวางแผนอนาคต และเกิดการปรับปรุงภาวะสุขภาพของบุคคลในที่สุด แบบจำลองนี้กำหนดหน้าที่ให้บุคลากรที่ทำการดูแล รักษาให้การดูแล เอาใจใส่ (caretaking function) ผู้รับบริการ ส่วนผู้รับบริการมีบทบาทในการให้การยอมรับ (accepting) ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ (trusting) แก่บุคลากรที่ทำการดูแล รักษา ซึ่ง Kanfer and Gaelick – Buys (1991) ได้อธิบายถึงความเป็นเหตุเป็นผล (rational) ของการนำเสนอกรอบแนวคิดของการจัดการตนเอง (Self-management framework) ดังนี้

1) พฤติกรรมหลายๆ พฤติกรรมของบุคคล (client) ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย นอกจากบุคคลนั้น เช่นความทุกข์ หรือปฏิกิริยาจากความรู้สึกซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ดังนั้นการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยเป็นผู้สังเกตการณ์ (observer) ผู้รายงาน (reporter) และผู้เปลี่ยนแปลง (change agent) พฤติกรรมของตนเองจึงมีความสำคัญมาก

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ยากและมีจะไม่น่าพึงพอใจ (unpleasant) โดยบุคคลส่วนมากแสวงหาความช่วยเหลือ แต่มักมีแรงจูงใจไม่มากพอที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้ความไม่สบายหรือสิ่งคุกคามที่มีอยู่ลดน้อยลง ซึ่งการที่บุคคลยอมรับเป้าหมายและกระบวนการรักษาเป็นสิ่งจูงใจขั้นพื้นฐานที่ต้องการสำหรับการจัดการตนเองดังนั้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงจึงถูกชักนำในรูปแบบของการเจรจาต่อรอง ซึ่งเป็นการเน้นให้บุคคลเห็นความจำเป็นในการตัดสินใจร่วมกัน ทั้งในการประเมินต่างๆ ตลอดจนเป้าหมายที่ต้องการ

3) โปรแกรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (change program) ไม่ใช่วิธีการขจัดสถานการณ์ปัญหาหรืออาการต่างๆ ออกไป แต่หมายถึงการเรียนรู้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา ความสามารถประเมินสถานการณ์ และผลลัพธ์คือพฤติกรรมที่คาดหวัง เพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีตที่ผ่านมาวิธีการจัดการตนเอง (Self-management method) มุ่งหมายผลลัพธ์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ช่วยให้บุคคลมีการเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal) การตระหนักรู้ (cognitive) และอารมณ์ความรู้สึก (emotional) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 2) เปลี่ยนการรับรู้ของบุคคล และประเมินทัศนคติเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีปัญหา และ 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stress - inducing) หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย (hostile environment) หรือเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งเหล่านั้น โดยยอมรับ

ว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable) ในขณะที่ความพยายามทั้งหมดเน้นที่การเปลี่ยนแปลงมากกว่า การยอมรับสถานการณ์ที่ปัญหานั้น (Kanfer and Gaelick – Buys 1991)

เทคนิคการจัดการตนเองมีรากฐานมาจากแนวคิดของการกำกับตนเอง (Self – regulation) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self–monitoring stage) หมายถึงการเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างมาก เป็นการเฝ้าติดตามและสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำ และจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยคาดหวังพฤติกรรมที่น่าพึงพอใจ หรือยอมรับได้ ซึ่งเป็นเกณฑ์หรือมาตรฐาน (performance criteria or standard) ทั้งนี้การให้คุณค่าทางสังคม (social value) และประสบการณ์ของบุคคล มีผลต่อการติดตามตนเอง โดยจุดเน้นของการติดตามตนเองคือการเรียนรู้เกี่ยวกับ

1.1) การรู้จัก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลตนเอง

1.2) พฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้เป็นเบาหวานที่รับประทานอาหารเช้ากว่าปกติทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เป็นต้น

1.3) สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้อาการกำเริบมากขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นหอบหืด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอากาศ ก็จะเกิดอาการหอบหืดมากขึ้น หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ อากาศเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว เกิดอาการปวดมากขึ้น เป็นต้น

1.4) กระบวนการตอบสนองทางสรีรวิทยา เช่น รับประทานผลไม้ที่มีน้ำตาลมาก เมื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าสูงขึ้น เป็นต้น

การเฝ้าสังเกตและจดบันทึก จะช่วยให้บุคคลสามารถหาสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นได้ และส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผ่านกระบวนการประเมินผล

2) การประเมินผลด้วยตนเอง (Self–evaluation stage) เป็นกระบวนการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเกณฑ์หรือมาตรฐานพฤติกรรมที่กำหนดไว้ รวมทั้งการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่กำลังปฏิบัติ กับสิ่งที่ควรปฏิบัติ ซึ่งการประเมินผลด้วยตนเองที่ดีขึ้นอยู่กับการติดตามพฤติกรรมตนเองที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง (accurately) ซึ่งบุคคลจะต้องใช้ข้อมูลจากการติดตาม

ตนเอง ตัดสินว่าสิ่งที่ตนเองกระทำนั้นสอดคล้องกับมาตรฐานหรือไม่ เหมาะสมและเพียงพอที่จะตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

3) การเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement stage) ในขั้นตอนนี้บุคคลต้องมีปฏิริยาทั้งด้านกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการตระหนักรู้ (cognitively) และความรู้สึก (emotionally) ต่อผลของการประเมินผลด้วยตนเอง ซึ่งปฏิริยาทั้งสองนี้ก่อให้เกิดผลย้อนกลับ (feedback effects) 2 ประการได้แก่การสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีก่อนหน้านี้ และการสนับสนุนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปข้างหน้า (feedforward effects) ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังและพฤติกรรมของบุคคลซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากการได้รับรางวัลหรือการลงโทษ การเสริมแรงอาจมีลักษณะไม่เปิดเผย เช่น การชื่นชมตนเองในใจ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น และการแสดงออกอย่างเปิดเผย เช่น เมื่อทำพฤติกรรมใหม่สำเร็จ ให้รางวัลตนเองในการไปชมภาพยนตร์ หรือซื้อของชิ้นใหม่ เป็นต้น การเสริมแรงจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเสริมแรงอาจจะมาจากบุคคลภายนอก โดยการได้รับคำชม การได้ของรางวัล ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความหมายกับบุคคลนั้นๆ

Kanfer and Gaelick – Buys (1991) เสนอว่า การฝึกให้บุคคลมีทักษะการจัดการตนเองได้สำเร็จนั้นต้องการการสนับสนุนจากผู้ให้ช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกของการฝึกหัดเป็นอย่างมาก ซึ่งหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือมี 4 ประการ ดังนี้

- 1) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของบุคคล วางแผนและออกแบบโปรแกรมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 2) การช่วยให้บุคคลสร้างเงื่อนใจของการเปลี่ยนแปลงในบริบทที่ตนเองพึงพอใจ และสามารถสร้างความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา
- 3) การช่วยให้บุคคลหาเทคนิคที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและสะดวก
- 4) การให้แรงเสริมในกรณีที่บุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่มีความยั่งยืน

Kanfer and Gaelick – Buys (1991) ได้สรุปวิธีการการจัดการตนเอง (Self – management methods) ว่าเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior change) ของตนเองจากการเรียนรู้ทักษะใหม่แล้วนำมาจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งต้องการการสนับสนุนในระยะแรก และการช่วยเหลือจาก

สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ โดยองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การรับรู้ (perception) ในกระบวนการควบคุมพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และควบคุมตนเอง (Self-control) นอกจากนี้ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ยังได้เสนอแนะว่า ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการฝึกจัดการตนเอง ควรจะได้สร้างเงื่อนไขสำหรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง การมอบหมายงาน การสร้างพันธะสัญญา (contract) ที่จะเป็แรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม แผนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ อาจจะต้องใช้หลายๆ วิธีการร่วมกันและต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน โดยขั้นตอนที่จะให้เกิดผลสำเร็จ ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ รวมทั้งการสร้างสายสัมพันธ์และให้ความรู้แก่บุคคล เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการใช้แบบจำลองนี้ในการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่
- 2) สร้างแรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการเริ่มปฏิบัติการควบคุมตนเอง ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การติดตามตนเอง และอธิบายถึงความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา
- 3) วิเคราะห์พฤติกรรมที่ช่วยอธิบายถึงความเชื่อมโยงในด้านชีววิทยา สิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ ความผันแปรของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย และหาจุดที่เหมาะสมที่สุดของกิจกรรม (intervention) ที่จะให้ปฏิบัติ
- 4) พัฒนาแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเจรจา (negotiate) พันธะสัญญาที่มีเป้าหมายเฉพาะ กำหนดระยะเวลา ผลสำเร็จที่จะได้ตามมา และวิธีการที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 5) แนะนำวิธีการเสริมแรงตนเองที่มีเพียงพอ ไม่มากจนเกินไป และมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้บุคคลมีปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เพิ่มขึ้น และมีประสิทธิภาพในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมเป้าหมาย
- 6) กลยุทธ์ของการเปลี่ยนแปลงคือการให้ข้อมูลที่จำเป็นและให้ต้นแบบที่ดี (modeling) หรือการแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่าง (role-play) แก่บุคคล ตามโอกาสที่เหมาะสม
- 7) สอบถามผู้รับบริการถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามปกติ พร้อมกับอธิบาย และแก้ไขพฤติกรรมตามความจำเป็น รวมทั้งการบันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative) และข้อมูลปริมาณ (quantitative)
- 8) ทบทวนความก้าวหน้า ช่วยให้ผู้รับบริการสะท้อนคิดสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดการเรียนรู้ และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ในอนาคต
- 9) ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้รับบริการแสดงให้เห็นว่ามีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เพื่อการติดตามโปรแกรมอย่างถูกต้องแน่นอน (accuracy) และขยายผลไปสู่การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ

10) สรุปและประเมินผลสิ่งที่เรียนรู้ไปในกระบวนการการเปลี่ยนแปลงและเตรียมผู้รับบริการที่จะเชื่อมโยงความรู้และทักษะใหม่ไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร พัฒนาศักยภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน เนื่องจากภาวะน้ำเกินจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ต้องมีการควบคุมตนเองอยู่ตลอดเวลา

2.5 พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เรียนรู้วิธีปฏิบัติตนและปรับพฤติกรรมตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) ทั้งนี้พฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกิน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self – monitoring Stage) หมายถึงการเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างมาก เป็นการเฝ้าติดตาม และสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำ ได้แก่

1.1) การควบคุมน้ำดื่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรต้องมีการควบคุมปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน ให้เกิดความสมดุลระหว่างน้ำที่ได้รับเข้าไปกับน้ำที่สูญเสียในแต่ละวัน โดยมีหลักคำนวณดังนี้ ปริมาณน้ำที่ต้องการต่อวัน = ปริมาณปัสสาวะต่อวัน + กำไรของน้ำยาทั้งวัน + 500 ซีซี (500 ซีซี คือปริมาณน้ำที่สูญเสียไปทางเหงื่อ และทางเดินหายใจ หรือ Insensible loss)

1.2) การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และเพียงพอ โดยเป็นอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง รสจืด มีโซเดียมต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จะมีการสูญเสียสารอาหารโปรตีนออกมากับน้ำยาล้างไตวันละ 10 กรัม ร้อยละ 65 เป็นอัลบูมิน (สุจิตรา ลิมอานวยลาภ, 2544) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารโปรตีน 1.2 – 1.3 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน สำหรับปริมาณโซเดียม เป็นสาเหตุทำให้ร่างกายดึงน้ำเอาไว้ ถ้าโซเดียมมากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรจำกัดรับประทานเกลือโซเดียม วันละ

1,840–2,800 มิลลิกรัม (อุปลัมภ์ สุภสินธุ์, 2551) ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร อาการท้องผูกก็เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยเกือบทุกราย อาการท้องผูกนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายแล้ว ยังอาจทำให้สายน้ำยาล้างไตอยู่ผิดตำแหน่ง ซึ่งทำให้เกิดการไหลของน้ำยา เข้า–ออกไม่ดี เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำเกินได้ ซึ่งสาเหตุของอาการท้องผูก เนื่องมาจากการขาดออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย และมีการใช้ยาจับฟอสเฟตด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีกาก โดยเฉพาะผักและผลไม้ ถ้ายังมีอาการท้องผูก ควรปรึกษาแพทย์ เพราะผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัว เพื่อให้มีการขับถ่ายสะดวก

1.3) การรับประทานยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation Stage) เป็นกระบวนการเปรียบเทียบข้อมูล ที่ได้จากการติดตามตนเอง ซึ่งการประเมินผลที่ดี ต้องมีทั้งประสิทธิภาพและความถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร เพื่อป้องกันน้ำเกิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะน้ำเกิน โดยสังเกตว่ามีบวม หายใจหอบเหนื่อย นอนราบได้หรือไม่ ต้องมีการตวงปริมาณน้ำดื่ม ในปริมาณที่คำนวณได้ พร้อมทั้งจดบันทึกปริมาณน้ำดื่ม เปรียบเทียบกับจำนวนปัสสาวะที่ตวงในแต่ละวัน บวกกับค่าไรของน้ำยาในแต่ละวัน จดบันทึกปริมาณน้ำยาเข้า–ออกต่อวัน ติดตามการชั่งน้ำหนัก และลงบันทึกทุกวันขณะท้องแห้ง ซึ่งน้ำหนักไม่ควรเพิ่มเกินวันละ 1 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักปกติ

3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement Stage) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จำเป็นต้องได้รับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อที่จะได้รับทราบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความก้าวหน้าของการรักษา ปัญหาที่แก้ไขได้หรือแก้ไขไม่ได้ เพื่อรับคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล รวมถึงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอดจนการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจและให้คำแนะนำต่อเนื่อง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง พฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการทบทวนพบว่า ไม่มีงานวิจัย หรือการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมดังกล่าว แต่พบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรม ความสัมพันธ์ของความ เชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในโรคเรื้อรังต่างๆ โดยแยกเป็นกลุ่มของงานวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.6.1 งานวิจัยกึ่งทดลอง

จิตติมา จรูญสิทธิ์ และสุรีย์พร ชนศิลป์ (2547) ทำวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนายอม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือก เฉพาะเจาะจง จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคนอื่นๆ (1986) และการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ที่ได้รับการพยาบาลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่ม ทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพ ชีวิตที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รัชวรรณ คู่แก้ว (2550) ทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน กลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เก็บข้อมูลการปฏิบัติการจัดการตนเองตามแบบ สัมภาษณ์ การปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเก็บข้อมูลระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

ก่อนการทดลอง หลังทดลอง และในระยะติดตามผล ดำเนินการทดลองแบบทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากระยะหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ในระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมพร พงษ์ชู (2550) ศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผลการรักษา, ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด การวิจัยก่อนการทดลอง (Pre – Experimental) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 30 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 4) การประเมินผล โดยมีแผนการสอน และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการรักษาประเมินการถ่ายภาพรังสีทรวงอก หรือการตรวจหาเชื้อวัณโรค วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed – Rank test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด มีพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ผลการรักษา พบว่าหายจากการติดเชื้อวัณโรคปอด 19 ราย รับประทานยาครบ 9 ราย และขาดยา 2 ราย ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรคได้

สุมาลี หมัดสะและ (2553) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมเบาหวาน, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี, การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง, สตรีมุสลิม การวิจัยก่อนการทดลอง (Pre – experimental Design) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre – Post test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในสตรีมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นสตรีมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์จำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งทางโทรศัพท์และที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาเป็นรายบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมเบาหวาน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t – test และ Wilcoxon Signed – Rank test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) และค่าเฉลี่ยอันดับของระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานของสตรีมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป ควรวิจัยติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรม

สไบทิพย์ วรรณ (2554) ทำการวิจัยแบบก่อนทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบาก เปรียบเทียบการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กำลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Norris และคณะ (2001) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยทบทวนงานวิจัย 72 เรื่อง พบว่าโปรแกรมมุ่งเน้นการให้ความรู้ ซึ่งได้แก่การให้ข้อมูล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ทักษะการใช้เครื่องมือ ทักษะการเผชิญปัญหา

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยผลลัพธ์ที่วัดคือ ความรู้ ทักษะ ทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านอารมณ์ และจิตใจ คุณภาพชีวิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self-management training) นั้น มีผลในทางบวก (positive effects) ต่อความรู้ ความถี่และความถูกต้อง ของการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การรายงานพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการศึกษาที่ทำให้การศึกษาในระยะเวลาที่น้อยกว่า 6 เดือน การให้ความรู้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีส่วนร่วม มีผลดีต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก และระดับไขมันในเลือดมากกว่าการสั่งสอน (Didactic)

2.6.2 งานวิจัยเชิงบรรยาย

วนิดา คู่เคียงบุญ (2551) ศึกษาเรื่องการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาเป็นเชิงบรรยาย เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 12 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง และแบบมีโครงสร้าง เครื่องบันทึกเสียง ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการคล้ายคลึงกัน ขึ้นกับระดับความรุนแรง ประกอบด้วย การติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง แต่ในระดับรุนแรง การจัดการกับอาการที่เพิ่มเติมคือ การจัดการกับอาการหายใจหอบเหนื่อย การพึ่งพาระบบสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับภาวะน้ำเกิน 4 ประการคือ 1) การได้รับข้อมูล 2) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) การรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

ชวมัย ปินะเก (2553) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และยโสธร จำนวน 114 คน ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ($r = 0.164, P = 0.081$)

สุธาสิณี วีระเดชะ (2554) ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคอร์ติน และคณะ (Curtin, et al. 2005) เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ผลจากการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากมีการเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล มีการให้ข้อมูลสื่อสารที่ดี มีการติดตามเยี่ยมบ้านที่ดี และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นเวลานาน จึงมีการสั่งสมประสบการณ์ แต่พบว่าการจัดการตนเองที่ต้องปรับปรุงคือ การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการจัดการกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเรื้อรัง

Curtin and Mapes (2001) ศึกษากลยุทธ์การจัดการตนเอง ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ทำการล้างไตระยะยาว เป็นวิจัยเชิงบรรยาย โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตนานกว่า 15 ปี จำนวน 18 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการตนเอง โดยยึดถือปฏิบัติ การรายงาน การจัดการอาการ การเฝ้าระวังอาการ การรักษาสิทธิ การนำเสนอแนวทางการรักษาตนเอง และการใช้แพทย์ทางเลือกร่วมในการดูแล ซึ่งจากการสัมภาษณ์ การจัดการตนเองขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพ และทีมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนา รูปแบบ การให้ข้อมูล หรือทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต

Curtin, Keith Johnson, and Schatell (2004) (อ้างในสุธาสิณี วีระเดชะ, 2554) ขอบเขตและขนาดของการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เป็นวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องนานกว่า 4 ปี จำนวน 18 คน เครื่องมือใช้ แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย มี 2 ด้านคือ 1) การควบคุมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ข้อย่อยคือ ทีมสุขภาพ การดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การดำรงชีวิตตามปกติ ประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ ความยืดหยุ่น การมีอิสระ การแปลความรุนแรงการเจ็บป่วย และการยอมรับภาพลักษณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละโรค ที่ตนเองเป็นอยู่ เพื่อบรรเทาอาการ หรือควบคุมอาการที่เป็นอยู่ ไม่ให้มีความรุนแรงที่มากขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกิน มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและ

ถูกต้อง สำหรับทีมสุขภาพยังประสบปัญหา ในการพัฒนาวิธีการจัดการอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคลากร ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ถ้าไม่เข้าใจในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การได้รับคำแนะนำในการดูแลรักษาไม่ครอบคลุมและเหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ Prospective Intervention study เพื่อศึกษา พฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง (Accessible Population) คือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือนตุลาคม 2556 ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด จำนวน 19 ราย

3.2 เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน ซึ่งประเมินจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแห้ง 2.5 –3 กิโลกรัมขึ้นไป
- 3) ใช้น้ำยา 1.5% Peritoneal Dialysis Solution ในการล้างไต
- 4) มีความสามารถในการเรียนรู้ และสื่อความหมายเข้าใจ
- 5) ผู้ป่วยและญาติยินยอม สัมครใจเข้าร่วมการวิจัย

3.3 เกณฑ์ในการคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้รับการรักษา หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น
- 2) เสียชีวิต หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา
- 3) กลุ่มตัวอย่าง และหรือ ญาติบอกเลิกการทำวิจัย

3.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการวิจัยที่ใช้โปรแกรม การจัดการตนเองในผู้ป่วย CAPD มาก่อน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผู้ป่วยภาวะน้ำเกินจากเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ช่วง คือ ในช่วงระยะ 12 เดือน คือตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 41 ราย ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน คือตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะน้ำเกินจำนวน 22 ราย และในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยภาวะน้ำเกินจำนวน 15 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เป็นเกณฑ์ในการกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้คือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกิน และเป็นไปตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 19 ราย

3.5 พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลขนาด 544 เตียง ให้บริการในระดับตติยภูมิ หน่วยล้างไตทางช่องท้อง มีจำนวน 4 ห้อง ประกอบด้วยห้องฝึกปฏิบัติ การเรียนการสอน และห้องหัตถการ 3 ห้อง และห้องสำหรับตรวจผู้ป่วย 1 ห้อง ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล จะมีเตียงที่รองรับผู้ป่วยเฉพาะโรคไต คือ อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมชาย ทั้งหมด 12 เตียง และหอผู้ป่วยหนักซึ่งรับผู้ป่วยทุกประเภท อัตรากำลังประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 3 คน พยาบาลผู้ผ่านการอบรมไตเทียม 4 เดือน จำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน และพนักงานทำความสะอาด 1 คน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องแล้ว จะมีการมอบหมายงานรับผิดชอบในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งหลังผู้ป่วยผ่าตัดจะมีระยะพักท้อง (Break in) 2 สัปดาห์ เพื่อให้แผลผ่าตัดหายดี

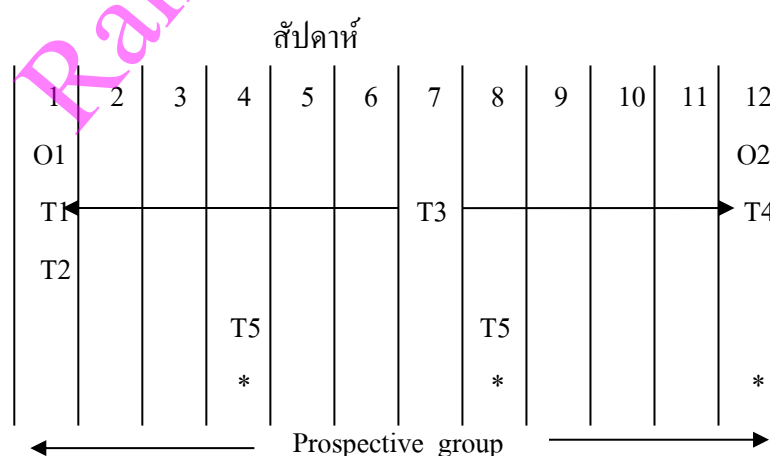
ในช่วงนี้จะมีการสอนและฝึกปฏิบัติในเรื่องการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การทำแผลหน้าท้อง สอนการลงบันทึกประจำวัน ในเรื่องของน้ำยาเข้า-น้ำยาออก ลักษณะน้ำยา สุทธิของน้ำยา ตลอดจนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนครบ 2 สัปดาห์ จึงเริ่มให้ผู้ป่วยทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่บ้าน โดยทำวันละ 4 รอบ และมีการติดตามผล โดยนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดใน 2 สัปดาห์ต่อมา

ในการให้บริการที่ผ่านมา พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินซักประวัติส่งผู้ป่วยตรวจเลือด และพบแพทย์ หลังจากนั้นก็ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง แต่ละรายจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งมี 4 ขั้นตอน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยสัปดาห์ที่ 1 การประเมินและการวางแผน สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 – 12 การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และสัปดาห์ที่ 12 ติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.6 แผนการดำเนินการวิจัย

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการดูแลและติดตาม 3 เดือน ตามโปรแกรมดังนี้



รูปที่ 3.1 แผนการดำเนินการวิจัย

- ตัวแปรต้น = โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
- ตัวแปรตาม = พฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน
- O1 = การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร และภาวะน้ำเกินก่อนการทดลอง
- O2 = การประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร และภาวะน้ำเกิน หลังการทดลอง
- T1 - T4 = โปรแกรมการจัดการตนเองในการป้องกันน้ำเกิน ซึ่งประกอบด้วย
- T1 = ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวางแผน
- T2 = ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง
- T3 = ขั้นตอนที่ 3 การฝึกปฏิบัติเพื่อการจัดการตนเอง
- T4 = ขั้นตอนที่ 4 ติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง
- T5 = การติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8
- * = การมาพบแพทย์ตามนัด เดือนละ 1 ครั้ง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเกิดสภาวะน้ำเกิน

ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1	<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวางแผน</p> <p>1.1 สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงประโยชน์ของการร่วมโครงการ</p> <p>1.2 ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน กำหนดเป้าหมายที่ต้องการ</p>	15 นาที
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1	<p>ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง</p> <p>2.1 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย เกี่ยวกับ ภาวะน้ำเกิน สาเหตุ อาการ การประเมินอาการแสดงภาวะน้ำเกิน ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรง และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหา</p> <p>2.2 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2.3 ฝึกทักษะการสังเกตและการจดบันทึกเกี่ยวกับการจัดการกับ ภาวะน้ำเกิน ทักษะในการเลือกอาหารจำกัดเกลือ โซเดียม ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ชี้แนะการปฏิบัติที่ถูกต้อง พร้อมมอบแบบประเมินอาการไปปฏิบัติที่บ้าน</p> <p>2.4 ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ กรณีมีปัญหาสงสัย</p>	60 นาที
สัปดาห์ที่ 1 – 12	<p>ขั้นตอนที่ 3 การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยมีวิธีการดังนี้</p> <p>3.1 การติดตามตนเอง (Self – monitoring) ได้แก่ สังเกต และการบันทึกอาการบวม อาการเหนื่อยนอนราบได้หรือไม่ อาหารที่รับประทาน จดบันทึกน้ำหนักตัว ปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณปัสสาวะ และปริมาณน้ำยาล้างไตที่ออกมา</p> <p>3.2 การประเมินตนเอง (Self – evaluation) นำผลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกมาประเมินระดับความรุนแรง อาการเหนื่อยและอาการบวม ประเมินน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าปกติ ประเมินน้ำดื่มเปรียบเทียบกับจำนวนปัสสาวะ และสมดุลของน้ำยาล้างไต</p> <p>3.3 การเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) ชมเชยตนเอง เมื่อจัดการกับอาการได้สำเร็จ และการมาตรวจตามนัด เพื่อจะได้รับการปรับเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของการรักษา</p>	12 สัปดาห์

ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
สัปดาห์ที่ 4 - 12	<p>ขั้นตอนที่ 4 ติดตามผลการปฏิบัติการจัดการ</p> <p>ผู้วิจัยติดตามสอบถามการจัดการตนเอง ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาที่แผนกล้างไตทางช่องท้องเพื่อติดตามอาการตามแพทย์นัด เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เพื่อ</p> <p>4.1 ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง</p> <p>4.2 การประเมินภาวะน้ำเกิน</p> <p>4.3 สอบถามปัญหาและอุปสรรค เสริมแรงโดยการชมเชยให้กำลังใจ ซึ่งให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำวัน</p>	15 นาที

3.7 โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย การประเมินและการวางแผน การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และการติดตามผลการปฏิบัติการจัดการ

ตารางที่ 3.2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการพยาบาลแบบเดิม และการพยาบาลตามโปรแกรม

การพยาบาลแบบเดิม	การพยาบาลตามโปรแกรม
<p>1. สร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>ประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเอง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว</p>	<p>1. การประเมินและการวางแผน</p> <p>สร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการพูดคุยซักถามอาการ</p>
	<p>2. การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง</p> <p>2.1 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน สาเหตุ อาการ การประเมินอาการแสดงภาวะน้ำเกิน ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหา</p> <p>2.2 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2.3 ฝึกทักษะการสังเกต และการจดบันทึก เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะน้ำเกิน</p> <p>2.4 ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ กรณีมีปัญหาสงสัย</p>
<p>3. การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง</p> <p>3.1 การจัดการด้านอาหาร และน้ำดื่มให้ผู้ป่วย</p> <p>- ปรุงอาหารรับประทานเอง</p> <p>- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกของหมักดอง อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร</p>	<p>3. การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง</p> <p>3.1 การติดตามตนเอง (Self – monitoring) ได้แก่ สังเกต และการบันทึกอาการบวม อาการเหนื่อยนอนราบได้หรือไม่ อาหารที่รับประทาน จดบันทึกน้ำหนักตัว ปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณปัสสาวะ และปริมาณน้ำยาล้างไตที่ออกมา</p>

ตารางที่ 3.2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการพยาบาลแบบเดิม และการพยาบาลตามโปรแกรม (ต่อ)

การพยาบาลแบบเดิม	การพยาบาลตามโปรแกรม
<p>3.2 จำกัดน้ำดื่มต่อวัน โดยกำหนดจากน้ำยาล้างไตสุทธิ ทั้งวัน บวกจำนวนปีสสาวะที่ออกใน 24 ชั่วโมง บวก 500 มิลลิลิตร</p> <p>3.3 การควบคุมความดันโลหิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทางโรงพยาบาลจัดยาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>3.4 การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้อง 	<p>3.2 การประเมินตนเอง (Self – evaluation) นำผลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกมาประเมินระดับความรุนแรง อาการเหนื่อยและอาการบวม ประเมินน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าปกติ ประเมินน้ำดื่ม เปรียบเทียบกับจำนวนปีสสาวะ และสมดุลของน้ำยาล้างไต</p> <p>3.3 การเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) ชมเชยตนเองเมื่อจัดการกับอาการได้สำเร็จ และการมาตรวจตามนัด เพื่อจะได้รับการปรับเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของการรักษา</p>
<p>4. ติดตามผลการปฏิบัติการจากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือมาพบแพทย์ก่อนกำหนด</p>	<p>4. ติดตามผลการปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค - เสริมแรงทางบวก ชมเชย เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และจงใจให้เห็นประโยชน์จากการปฏิบัติการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง - ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง - ประเมินภาวะน้ำเกิน

3.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.8.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self – management) ของ Kanfer and Gaelick – Buys, (1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและการวางแผน การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และติดตามผลการปฏิบัติการจัดการ
- 2) แผนการสอน การจัดการตนเองกับภาวะน้ำเกิน

3.8.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินภาวะน้ำเกิน และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร และแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเกิดสภาวะน้ำเกินดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิบัตรที่ใช้ในการรักษาปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเป็นต้นจำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการประเมินตนเองกับภาวะน้ำเกิน จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองพัฒนา ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ในการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จำนวน 27 ข้อ โดยลักษณะของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถามถึงระดับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีการให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยทำหรือผู้ป่วยไม่เคยทำพฤติกรรมนั้นเลยให้	1 คะแนน
นาน ๆ ทำครั้งหรือผู้ป่วยเคยทำพฤติกรรมนั้นบ้างเป็นบางครั้งให้	2 คะแนน
ทำบ้างไม่ทำบ้างพอ ๆ กันหรือผู้ป่วยทำพฤติกรรมนั้นพอ ๆ กันให้	3 คะแนน
ทำบ่อย ๆ หรือผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมนั้นแทบทุกครั้งให้	4 คะแนน
ทำเป็นประจำหรือผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมนั้นทุกครั้งให้	5 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งชุด มีค่าระหว่าง 27 – 135 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมาก คะแนนน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองน้อย

ชุดที่ 6 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเกิดสภาวะน้ำเกิน ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยน้ำหนัก, % ความเข้มข้นของน้ำยาล้างไต, ความดันโลหิต, อาการเหนื่อย, อาการบวม

3.9 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.9.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะน้ำเกินแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันภาวะน้ำเกิน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร โดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI ได้ = .86) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน และตอบคำถาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3.9.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการจัดการตนเอง กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงตรง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

3.9.3 การตรวจสอบความตรงเชิงภาษา (Face Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบประเมิน ภาวะน้ำเกิน และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ชนิดถาวร ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และ วิธีการก่อนนำไปใช้จริง

3.10 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ ได้รับการรับรอง และตรวจสอบโดยคณะกรรมการที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว ดำเนินการดังต่อไปนี้

1) นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการการวิจัย และจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาล

2) คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการทำวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการทำวิจัย ตลอดจนให้ผู้ป่วยทราบว่า สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำข้อมูล ไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ให้ผู้ป่วยพิจารณาเมื่อยินยอมเข้าร่วม โครงการ จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย

3.11 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1) ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล
- 2) ติดต่อประสานกับหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีดำเนินการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์การเลือกผู้ป่วย จากนั้นแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์และแผนการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงในใบยินยอม
- 4) ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามแผนการทดลอง โดยเริ่มดำเนินการ เดือนสิงหาคม 2556 ถึงเดือนตุลาคม 2556 ระยะเวลา 3 เดือน

3.12 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ดังนี้

- 1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงสภาวะน้ำเกิน โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลง
- 3) เปรียบเทียบการเกิดภาวะน้ำเกิน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของน้ำหนักผู้ป่วยหลังและก่อนเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t - test เมื่อคะแนนน้ำหนักมีการกระจายเป็นโค้งปกติ
- 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t - test เมื่อคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self – Management) ของ Kanfer and Gaelick - Buys (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 เป็นการตอบคำถามการวิจัย และส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือน สิงหาคม 2556 ถึงเดือน ตุลาคม 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 19 ราย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แยกตามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (13 ราย, 68.4%) มีอายุระหว่าง 25 – 64 ปี และมีอายุเฉลี่ย 48.58 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.45) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีอายุระหว่าง 31 – 45 ปี (8 ราย, 42.1%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (9 ราย, 47.4%) กลุ่มตัวอย่างทุกรายนับถือศาสนาพุทธ (19 ราย, 100%) การศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา (13 ราย, 68.4%) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (8 ราย, 42.1%) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (6 ราย, 31.6%) ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 1,000 – 4,999 บาท ต่อเดือน (10 ราย, 52.6%) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,157.8 บาทต่อเดือน ใช้สิทธิ์รักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	31.6
	หญิง	13	68.4
อายุ			
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น	21-30 ปี	2	10.5
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง	31-45 ปี	8	42.1
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย	46-60 ปี	4	21.05
วัยผู้สูงอายุ	60 ปีขึ้นไป	5	26.35
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด(ปี)		25 – 64	
$\bar{X} \pm SD$		48.58 \pm 13.45	
สถานภาพสมรส			
	โสด	6	31.6
	คู่	9	47.4
	หม้าย	4	21.1
ศาสนา			
	พุทธ	19	100
สถานภาพครอบครัว			
	หัวหน้าครอบครัว	6	31.6
	สมาชิกครอบครัว	13	68.4
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	1	5.3
	ประถมศึกษา	13	68.4
	มัธยม	4	21.1
	อนุปริญญา/ปวส.	1	5.3

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/ ต่อเดือน	ไม่มีรายได้	1	5.3
	1,000-4,999	10	52.6
	5,000-9999	6	31.6
	10,000-20,000	2	10.5
	\bar{x}		5,157.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	2-4 คน	10	52.6
	4-6 คน	6	31.6
	9-10 คน	3	15.8
อาชีพ	รับจ้าง	5	26.3
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	42.1
	ธุรกิจส่วนตัว	3	15.8
	ค้าขาย	3	15.8
	อาชีพคู่สมรส		
อาชีพคู่สมรส	รับจ้าง	6	31.6
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.5
	เกษตรกรรม	1	5.3
	อื่นๆ	10	52.6

2) ข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างล้างไตทางช่องท้องมา 3 ปี ส่วนใหญ่เกิดภาวะน้ำเกิน ในระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 โดยส่วนใหญ่ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 63.2 โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดก่อนการล้างไตคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 57.8 เกือบครึ่ง มีภาวะแทรกซ้อนขณะทำการล้างไต คือภาวะคลื่นไส้ อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 36.8 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการผิดปกติขณะล้างไตทางช่องท้องมากที่สุดคือ บวมตามร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 52.62 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้อง		
น้อยกว่า 1 ปี	11	57.9
2-3 ปี	8	42.1
การล้างไตทางช่องท้อง		
ผู้ป่วยทำเอง	12	63.2
มีผู้ดูแล	7	36.8
โรคร่วม		
ไม่มี	-	-
เบาหวาน	8	42.2
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	57.8
โรคหัวใจ	-	-
เก๊าท์	-	-
ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการล้างไต		
คลื่นไส้ อาเจียน	7	36.84
หน้ามืด ตาลาย	5	26.31
เหนื่อย แน่นหน้าอก	4	21.05
ไม่มี	3	15.78

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
เคยมีอาการผิดปกติขณะล้างไตทางช่องท้อง		
ความดันโลหิตสูง	5	26.31
บวมตามร่างกาย	10	52.62
น้ำท่วมปอด	2	10.52
ใส่ท่อช่วยหายใจ	1	5.26
ภาวะหัวใจวาย	-	-
หัวใจโต	-	-
เคยมีอาการผิดปกติขณะล้างไตทางช่องท้อง ไม่มี		
	1	5.26

ส่วนที่ 2 ตอบคำถามการวิจัย

คำถามการวิจัย “โปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรหรือไม่ อย่างไร”

โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้ การสังเกต และบันทึกพฤติกรรม การประเมินผล และการเสริมแรง ตลอดจนการติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน โดยทำให้พฤติกรรมควบคุมภาวะน้ำเกินดีขึ้น และ ภาวะน้ำเกินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$ ตามผลการทดสอบสมมติฐานซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 “พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีวก่อนได้รับโปรแกรม”

ก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ระหว่าง 55-111 คะแนน (คะแนนเต็ม 135 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 77.16 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.32) หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ระหว่าง 112-130 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 126.42 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.43) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Shapiro – Wilk test พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t – test พบว่า คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t – test (n = 19)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$	Paired t - test	P value
ก่อนเข้าโปรแกรม	55-111	77.16 \pm 19.32		
หลังเข้าโปรแกรม	112-130	126.42 \pm 2.43	- 11.51	.000

สำหรับการติดตามอาการบวม อาการเหนื่อย และความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น ยุบบวม ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มยุบบวมในเดือนที่ 2 และจะรู้สึกสบายไม่อึดอัด คล่องตัวมากขึ้น หายใจโล่ง ในเดือนที่ 3 สำหรับความดันโลหิตก่อนเข้าโครงการค่าสูงสุดอยู่ที่ 179/105 mmHg หลังเข้าโครงการ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากับ 125/78 mmHg เมื่อพิจารณาการประเมินภาวะน้ำเกินเป็นรายด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ใน 4 อันดับแรกคือ

ในด้านการชั่งน้ำหนัก ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก ประเมินผลและลงบันทึกทุกวัน กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ทุกคน ถึงแม้บางคนจะมีปัญหาเรื่องเครื่องชั่งน้ำหนักเสื่อมสภาพ ก็ได้ทำการซื้อใหม่

ในด้านการควบคุมน้ำดื่ม และการดื่มน้ำสะอาด ได้แก่ การคำนวณปริมาณน้ำดื่มแต่ละวัน แล้วจัดใส่กระบอกตวงที่มีขีดปริมาตร เพื่ออำนวยความสะดวก นอกจากนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำมากไปในแต่ละวัน ก็จะปรับลดปริมาณในวันถัดมา สำหรับการดื่มน้ำสะอาดทำไม่ได้ทุกคน เนื่องจากมีกลุ่ม

ตัวอย่าง 4 ราย ไม่มีปัสสาวะ และอีก 2 ราย ปัสสาวะในผ้าอ้อมอนามัย ซึ่งก็ได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เหล่านี้ประเมินตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย

ในด้านการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการบวม อาการเหนื่อย ได้แก่ การประเมิน อาการแต่ละวัน และสังเกตอาการผิดปกติ ปรับลดกิจกรรมถ้ารู้สึกไม่สบาย

ในการวัดความดันโลหิต มีกลุ่มตัวอย่าง 4 ราย ไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะไปใช้บริการสถานพยาบาลใกล้บ้านอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ซึ่งถือได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถ จัดการตนเองในรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเองได้เป็นอย่างดี

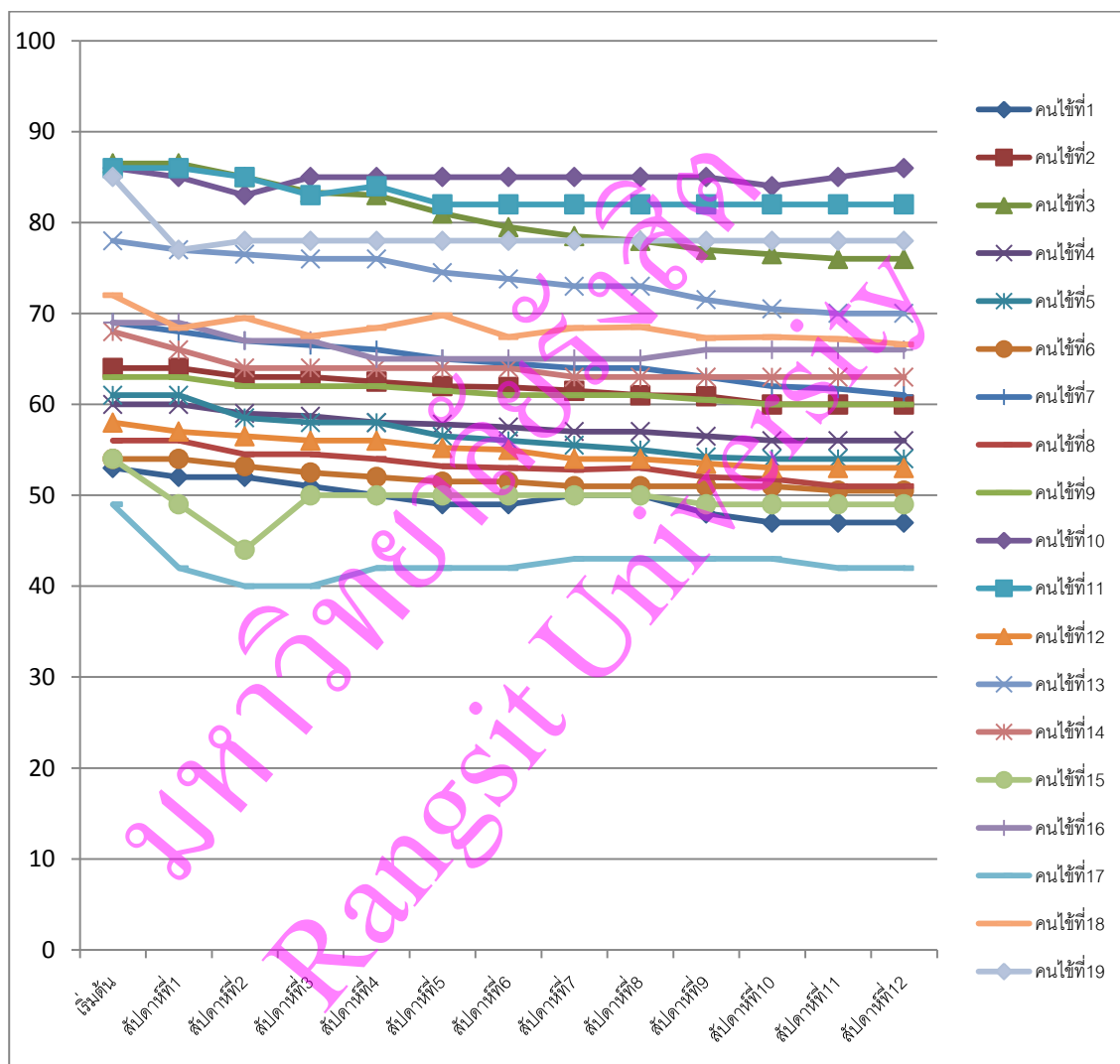
สมมติฐานข้อที่ 2 “ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม” จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย ก่อนเข้าโปรแกรมมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 49-89 กิโลกรัม โดยมีค่าเฉลี่ย 66.26 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.99) หลังเข้าโปรแกรมมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 42-84 กิโลกรัม โดยมีค่าเฉลี่ย 61.34 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.16) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ การกระจายของน้ำหนักด้วยสถิติ Shapiro – Wilk test พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงทำการ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรม และก่อนเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t – test พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรม และน้ำหนักก่อนเข้าโปรแกรม การจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Paired t – test ($n = 19$)

น้ำหนัก	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$	Paired t - test	P value
ก่อนเข้าโปรแกรม	49-89	66.26 \pm 11.99		
หลังเข้าโปรแกรม	42-84	61.34 \pm 12.17	11.02	.000

อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำหนักเป็นรายบุคคล พบว่าน้ำหนัก เริ่มลดลงเมื่อสัปดาห์แรกผ่านไป และน้ำหนักเริ่มคงที่สม่ำเสมอเมื่อ เดือนที่ 3 ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 ราย มีผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลง 15 ราย มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 ราย และน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ จำนวน 3 ราย แต่ใน จำนวนผู้ป่วยที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นและน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ จะมีน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ที่มีภาวะน้ำเกินครั้งแรก

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนักลงได้ตามวิธีการจัดการตนเอง มีเพียง 3 ราย ในช่วง 1 เดือนแรก ใช้เปอร์เซ็นต์น้ำยาที่สูงขึ้น คือ 2.5% Peritoneal Dialysis Solution วันละ 4 cycle แทน 1.5% Peritoneal Dialysis Solution เนื่องจากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก บวมที่ขา 2 ข้าง เริ่มเหนื่อย ดังกราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ดังนี้



รูปที่ 4.1 กราฟเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Prospective Intervention Study ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self – Management) ของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2556 – ตุลาคม 2556 จำนวน 19 ราย กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ Paired t – test

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกิน ที่รักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 19 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25 – 68 ปี อายุเฉลี่ย 48.58 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบรวมคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยล้างไตส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี และผู้ป่วยล้างไตด้วยตนเองมากกว่ามีผู้ดูแล ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน ส่วนใหญ่ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก ไม่จำกัดน้ำดื่ม อาหาร ส่วนใหญ่ไม่จำกัดเกลือโซเดียม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และน้ำหนักเฉลี่ยระหว่างเข้าโปรแกรมต่ำกว่าน้ำหนักก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = .000$

อภิปรายผล

โปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลทำให้พฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม โดยดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี หมดสะและ (2553) ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมควบคุมเบาหวาน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในสตรีมุสลิม ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีการปฏิบัติจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง สำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมเป็นรายบุคคล ในเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินได้ ดังนี้

1) ขั้นตอนการประเมินและวางแผน มีการสร้างสัมพันธภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสเข้าถึงความรู้สึก ความคิด และปัญหา ตลอดจนข้อสงสัยในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ซึ่งข้อมูลนี้ได้ใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ วิเคราะห์ และทบทวนสาเหตุที่ทำให้ตนเองไม่สามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบปัญหาที่แท้จริง เห็นความสำคัญและตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการกับปัญหา

นอกจากนี้ ในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ได้มีให้มีการฝึกปฏิบัติทักษะจริง จนสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง เกี่ยวกับการลงบันทึกต่างๆ การแปลผล ซึ่งการฝึกทักษะนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ในการที่กลุ่มตัวอย่างจะนำไปใช้ปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1996) ที่ว่าถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

3) ขั้นตอนฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง ติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเองและประเมินผล โดยกลุ่มตัวอย่างทำการติดตามตนเอง (Self - monitoring) จาการบันทึกน้ำหนัก อาการบวม อาการเหนื่อย ปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณปัสสาวะ และปริมาณน้ำยาล้างไตที่ออกมา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ได้สังเกตและบันทึกแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักการเปรียบเทียบ ประเมินอาการต่างๆ (Self - evaluation) กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการสอบถามเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่างบอกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมไม่เคยปฏิบัติการประเมินอาการเลย หลังจากได้รับข้อมูลเพิ่มเติม และฝึกทักษะการประเมินที่ถูกต้อง รู้จักการประเมินผล

ภาวะน้ำเกินของตนเองดีขึ้นเพียงใด นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย ได้มีส่วนร่วมในการติดตามแก้ไขปัญหา โดยโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละราย ซึ่งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนของการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสริมแรงตนเอง เช่น การไปเที่ยวกับกลุ่มมิตรภาพบำบัดได้ การทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การซื้อของให้ตนเอง นอกจากนี้ยังได้รับคำชม การชื่นชมจากคนในครอบครัว รวมทั้งจากผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกภาคภูมิใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวคิดของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991)

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นก่อนการเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (จิตติมา จรูญสิทธิ์ และสุริย์พร ธนศิลป์, 2547 ; รัชวรรณ ตูแก้ว, 2550 ; สมพร พงศ์ชู, 2550 : สุมาลี หมัดสะและ, 2553 ; สไบทิพย์ วรรณ, 2554 ; Norris, et al ; 2001) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้มีความสำคัญในการดูแลตนเอง และใส่ใจในรายละเอียดมากขึ้น อภิปรายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่าง ควบคุมน้ำและอาหาร เลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำ มีการบันทึกน้ำหนัก อาการบวม อาการเหนื่อย ไข้ยาถูกต้อง ตรงเวลา ตลอดจนการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ จนสามารถจัดการตนเองได้ เช่น ถ้าดื่มน้ำเกินปริมาณที่กำหนด ก็จะปรับลดในวันถัดมา เป็นต้น เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นก่อนเข้าโปรแกรม และมีผลทำให้ภาวะน้ำเกินลดลง

ในส่วนโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร มีผลทำให้ระดับน้ำหนักต่ำกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม ภาวะน้ำเกินลดลงจนผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) ของรัชนิกร ปล้องประภา (2553) ที่ศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันเบาหวาน ซึ่งเก็บข้อมูลโดยชั่งน้ำหนักทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าโปรแกรม ระหว่างเข้าโปรแกรม และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม เมื่อนำค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างมาแสดงพบว่า

น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมภาวะน้ำเกินได้ การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำ ตลอดจนสามารถประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีผลทำให้น้ำหนัก อาการบวม อาการเหนื่อยของผู้ป่วยลดลง จนกระทั่งคนที่ ที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่อึดอัด

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ที่ต้องปรับเปลี่ยนน้ำยาจาก 1.5% Peritoneal Dialysis Solution เป็น 2.5% Peritoneal Dialysis Solution ในเดือนแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ขาบวมมาก มีอาการเหนื่อยแต่ไม่ต้องใช้ออกซิเจน รู้สึกแน่นอึดอัด กลุ่มตัวอย่าง 3 รายนี้ จะนัดมา ประเมินและพบแพทย์ทุก 2 อาทิตย์ ในเดือนแรก จนกระทั่งเข้าเดือนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรับ น้ำยามาเป็น 1.5% Peritoneal Dialysis Solution เหมือนเดิม เนื่องจากอาการดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามกลุ่ม ตัวอย่างยังไม่แน่ใจว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ ดังที่ กล่าวกับผู้วิจัยว่า “รู้สึกหิวบ่อย ชอบเดินตลาดซื้อของกิน” และอีกประการหนึ่งคือ ยังมีภารกิจที่ต้อง ทำงานอย่างอื่น ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาทำตามโปรแกรมการจัดการตนเองตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งบางครั้งจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย แต่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ถ้า จะทำจริงๆ ก็ทำได้ เพราะมีผลดี รู้สึกหายใจโล่ง ปลอดภัยสบายเนื้อ สบายตัว และมีความสุข นอนหลับสนิท”

นอกจากนี้ผลการศึกษาจากการบันทึกน้ำหนักและนำมาประเมิน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ และกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย ที่มีระดับน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งสามารถ อธิบายได้ดังนี้

กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ คือก่อนเข้าโปรแกรม = 72 กก. ระหว่างเข้า โปรแกรม = 66 กก. และสิ้นสุดโปรแกรม = 66.6 กก. กลุ่มตัวอย่างรายนี้มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ชอบดื่มน้ำอัดลม โดยบอกว่าคอแห้ง

กรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ คือก่อนเข้าโปรแกรม = 69 กก. ระหว่างเข้า โปรแกรม = 65 กก. และสิ้นสุดโปรแกรม = 66 กก. กลุ่มตัวอย่างรายนี้มีภาวะเครียด เนื่องจากมีปัญหา เศรษฐกิจ และการติดตามกลุ่มตัวอย่างในช่วงหลังไม่สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากเปลี่ยน เบอร์โทรศัพท์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขทันที่

กรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ คือก่อนเข้าโปรแกรม = 54 กก. ระหว่างเข้า โปรแกรม = 43 กก. และสิ้นสุดโปรแกรม = 49 กก. กลุ่มตัวอย่างรายนี้มีบุคลิกภาพเฉียบขรึม ไม่ค่อย พูด ไม่ค่อยบอกปัญหา จึงอาจทำให้โปรแกรมการจัดการตนเองไม่เข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

กรณีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น คือ ในเดือนที่ 3 น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 85 กก.จนเกือบเท่าก่อนเข้าโปรแกรม คือ 86 กิโลกรัม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรายนี้มีปัญหาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย มีภาวะเครียด และเกิดความท้อแท้ ได้ทำการเยี่ยมบ้านสอบถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนพบว่าผู้ป่วยย้ายไปฉีดยา ทำแผล ที่สถานพยาบาลแห่งอื่น ซึ่งก็ได้พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดให้มาพบแพทย์ใหม่อีกครั้ง

ทั้ง 4 กรณี อาจสรุปได้ว่ากรณีที่น้ำหนักตัวไม่ลด เนื่องจากพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ทำไม่ได้ 1 คน นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาส่วนตัว และมีปัญหาครอบครัว มีความเครียดขาดกำลังใจที่จัดการตนเอง และบางรายมีอุปสรรคในการติดต่อเพื่อเสริมแรง เนื่องจากเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์บ่อย กลุ่มตัวอย่างบางรายมีบุคลิกเงียบขรึม ไม่ค่อยพูด ซึ่งพยาบาล อาจจะไม่สามารถเข้าถึงและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ทั้งหมดนี้พยาบาลต้องประเมินปัญหาผู้ป่วย และนำปัญหามาพิจารณา เพื่อที่จะแก้ไขได้ถูกต้องและทันท่วงที

ข้อสังเกตอื่นๆ ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจัดการตนเอง ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างมีภารกิจ การงาน ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายอาจทำให้มีปัญหาในเรื่องเวลาหรือภาระงาน หรือปัญหาจากภาวะโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อจัดการตนเองได้

โดยสรุปการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick – Buys (1991) มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีภาวะน้ำเกินช่วยให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พัฒนาศักยภาพในการจัดการกับพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะน้ำเกินลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมจัดการตนเองมีผลทำให้พฤติกรรมจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการอบรมพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดการจัดการตนเอง และกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อเป็นหลักปฏิบัติเหมือนกัน

2) ควรมีการประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ เช่น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะเป็นการกระตุ้นเตือน และจูงใจให้ทำอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนโรคร่วมของผู้ป่วย การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตลอดจนมีการปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1) ควรติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรม

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกรียง ตั้งสง่า, และชวลิต รัตนกุล. “แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตโดยไม่ใช้ยา.” *การฟื้นฟูสมรรถภาพของไต: กลไกและกลยุทธ์การรักษาป้องกัน*, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- ข้อมูลสถิติหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2555.
- จิตติมา จรุงสิทธิ์ และสุรีย์พร ชนศิลป์. “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน.” *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 16 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2547) : 41 – 50.
- จิรายุทธ จันทร์มา. “Optimal Care of Ultrafiltration Failure in CAPD” *2008 Optimal Care On CAPD in Thailand*, 2551.
- ชวมัย พินะเก. “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.” *วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2553.
- ชลธิป พงศ์สกุล และคณะ. “Emergency management in fluid and electrolytes imbalance” *แฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2547.
- ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน และสมชาย เอี่ยมอ่อง. “Overview of Renal Replacement Therapy.” *Textbook of Peritoneal Dialysis*, 2551.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ “CAPD Apparatus, Access Devices, Implantation Techniques and Surgical Complications.” *Textbook of Peritoneal Dialysis*, 2551.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ “วิวัฒนาการ และความก้าวหน้าของงาน CAPD ในระดับสากล และในประเทศไทย.” *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง ในพระสังฆราชูปถัมภ์*, 2556
- ทวี ศิริวงศ์. “แนวปฏิบัติในการดูแลด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง” *สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย* *โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2550.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. “Fluid and UF Failure Management in CAPD.” *Textbook of Peritoneal Dialysis*, 2551.
- พรเพ็ญ แสงถวัลย์. “Contemporary Concepts of CAPD” *2008 Optimal Care on CAPD in Thailand*, 2551.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- รัชนีกร ปล้องประภา. “ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2553.
- รัชวรรณ คู่แก้ว. “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
- วนิดา คู่เคียงบุญ. “การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.” รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- วิพร เสนารักษ์. “การวินิจฉัยการพยาบาล” ขอนแก่น : ขอนแก่นนครพิมพ์, 2541.
- ศรินยา พลสิงห์ชาญ. “การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- ศุภชัย ลีติอาชากุล. “การล้างไตทางช่องท้อง.” กรุงเทพฯ : บุ๊คเน็ต, 2544.
- ศุภชัย ลีติอาชากุล. “การล้างไตทางช่องท้อง : กายวิภาคของช่องท้อง.” Textbook of Peritoneal Dialysis, 2551.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. “Report of Thailand Renal Replacement Year 2008.” 2551.
- สไบทิพย์ วรรณ. “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดอาการหายใจลำบาก การกลับเข้านำรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยรังสิต, 2554.
- สิริภา ช้างศิริกุลชัย. “ความก้าวหน้าของการควบคุมปริมาณน้ำในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง.” Update On CAPD 2007. ,2550
- สุจิตรา ลิ้มอานวยลาก. “การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซีเอพีดี.” ขอนแก่น : ขอนแก่นนครพิมพ์, 2544.
- สุชาติณี วีระเดชะ. “การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สุมาลี หมดสะและ. “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมเบาหวาน และระดับเอวันซีในสตรีมุสลิม ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2553.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ. “Textbook of Peritoneal Dialysis.” กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น, 2551.
- สมพร พงศ์ชู. “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรังสิต, 2550.
- อนุตตร จิตตินันท์. “Peritoneal Dialysis Prescription and Adequacy Monitoring.” *Textbook of Peritoneal Dialysis*, 2551.
- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. “อาหารและโภชนาบำบัดในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง.” *Textbook of Peritoneal Dialysis*, 2551.
- Bandura, A. Self – efficacy the exercise of control New York : W.H. Freeman and company, 1996.
- Curtin, Keith Johnson, H., and Schatell, D. “The peritoneal dialysis experience: Insights from long – term patients.” *Nephrology Nursing Journal*, 31 (6), 615 – 624, 2004.
- Curtin, R.B., and Mapes, D.L. “Health care management strategies of longterm dialysis survivors.” *Nephrology Nursing Journal*, 2001.
- Kanfer, F.H., and Gaelick – Buys, L., “Self – Management Methods.” *In Helping People Changes : A Textbook of Methods*, pp. 305 – 360. Kanfer, F.H. and Goldstein, A., eds. New York Pergamon press : 1991.
- Norris, S.L., Egelgay, M.M., and Narayan, K.M.V. “Effectiveness of Self – Management Training In Type 2 Diabetes: a systematic review of randomized controlled trials.” *Diabetes care*. 24 (December 2001): 561 – 587.

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์จิรายุทธ จันทร์มา

สังกัด

อายุรแพทย์โรคไต ศูนย์การแพทย์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาเขตองค์กรักษ์

2. นางสาวสุวิมล นิลสิน

หัวหน้างานการพยาบาล โรคไตและ
ไตเทียม
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3. นางสาวจิราภรณ์ มีชูสิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
(APN) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม : พฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
ชนิดถาวรที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้าง

ไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ชุดที่ 6 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเกิดสภาวะน้ำเกิน

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง (ถ้ามี)

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หย่า () 4. หม้าย () 5. แยกกันอยู่
4. ศาสนา
() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. สถานภาพในครอบครัว
() 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกในครอบครัว () 3. อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ปวช.
() 5. อนุปริญญา/ปวส. () 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() 7. ปริญญาโท () 8. ปริญญาเอก
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน
8. จำนวนของสมาชิกในครอบครัว.....คน

9. อาชีพ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. รับจ้าง | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> 3. ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 4. รับราชการ |
| <input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 6. ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | |

10. อาชีพของกลุ่มสมรส

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. รับจ้าง | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> 3. ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 4. รับราชการ |
| <input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 6. ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ |
| <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | |

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย**คำชี้แจง** ให้ท่านใส่เครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่าง (ถ้ามี)

1. ระยะเวลาที่ท่านรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

 1. < 1 ปี 2. 2 - 3 ปี 3. 4 - 5 ปี 4. > 5 ปี

2. การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

 1. ผู้ป่วยทำเอง 2. มีผู้ดูแล

3. จำนวนรอบในการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร.....รอบต่อวัน

4. ท่านมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (นอกจากโรคไตวายเรื้อรัง)

 1. ไม่มี 2. มี 2.1 เบาหวาน 2.2 ความดันโลหิตสูง 2.3 โรคหัวใจ
2.4 เก๊าท์ 2.5 คอปกอก 3. อื่นๆ ระบุ.....

5. ภาวะแทรกซ้อนที่เคยเกิดกับท่านขณะทำการล้างไตทางหน้าท้อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. คลื่นไส้/อาเจียน 2. หน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะ 3. เหนื่อย แน่นหน้าอก 4. อื่นๆ โปรดระบุ..... 5. ไม่มี

6. ท่านเคยมีอาการผิดปกติต่อไปนี้หลังการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

 1. ความดันโลหิตสูง 2. ภาวะหัวใจวาย 3. หัวใจโต 4. ความดันโลหิตต่ำ 5. น้ำท่วมปอด 6. บวมตามร่างกาย 7. ใ้ท่อช่วยหายใจ 8. ไม่มี

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลภาวะน้ำเกินนี้ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ซึ่งใช้ในขั้นตอนของการสังเกตและการบันทึก (Self – Monitoring) กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความคิดเห็น

อาการแสดง		ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
1. น้ำหนัก	(กก.)			
2. อาการบวม	<input type="checkbox"/> 2.1 ไม่มี			
	<input type="checkbox"/> 2.2 มี (ระบุตำแหน่ง)			
3. ปริมาณน้ำดื่มตลอด 24 ชั่วโมง (ซีซี)				
4. ปริมาณปัสสาวะตลอด 24 ชั่วโมง (ซีซี)				
5. ปริมาณน้ำยาล้างไต (ซีซี)	เข้า			
5.1 เช้า	ออก			
5.2 กลางวัน	เข้า			
	ออก			
5.3 เย็น	เข้า			
	ออก			
5.4 ก่อนนอน	เข้า			
	ออก			
5.5 สุทธิน้ำยาทั้งวัน				

อาการแสดง	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
6. อาการเหนื่อย	<input type="checkbox"/> 6.1 ไม่มีอาการเหนื่อย		
	<input type="checkbox"/> 6.2 เหนื่อยขณะออกแรง เช่น เดิน 3 เมตร, ขึ้นบันได 3 ก้าว หรือยกของหนัก ~ 5 กก. เป็นต้น		
	<input type="checkbox"/> 6.3 เหนื่อยขณะทำกิจกรรมประจำวัน		
7. ความดันโลหิต (mmHg)			

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

แบบประเมินภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ซึ่งใช้ในขั้นตอนการประเมินตนเอง
ของผู้ป่วย (Self – Evaluation)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความคิดเห็น

อาการแสดง		ว/ด/ป			
น้ำหนักตัว เพิ่ม/ลด	<input type="checkbox"/> ลดลงมากกว่า 0.5 กก.				
	<input type="checkbox"/> คงที่				
	<input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5กก.				
อาการบวม	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการบวม				
	<input type="checkbox"/> มีอาการบวม				
อาการเหนื่อย	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการเหนื่อย				
	<input type="checkbox"/> เหนื่อยขณะออกกำลังกาย				
	<input type="checkbox"/> เหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน				
ปริมาณน้ำดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มมากกว่า 1.0 ลิตร				
	<input type="checkbox"/> ดื่ม 500 มิลลิลิตร ถึง 1.0 ลิตร				
	<input type="checkbox"/> ดื่มน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร				
ปริมาณ ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ออกมากกว่า 1 ลิตร				
	<input type="checkbox"/> ออก 500 มิลลิลิตรถึง 1 ลิตร				
	<input type="checkbox"/> ออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร				
ปริมาณน้ำยา ล้างไตที่ออกมา	<input type="checkbox"/> กำไรมากกว่า 200 มิลลิลิตร/ถุง				
	<input type="checkbox"/> กำไรน้อยกว่า 200 มิลลิลิตร/ถุง				
	<input type="checkbox"/> ขาดทุนมากกว่า 500 มิลลิลิตร/ถุง				
ความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 130/80 mmHg				
	<input type="checkbox"/> คงที่				
	<input type="checkbox"/> มากกว่า 130/80 mmHg				
สรุป	<input type="checkbox"/> มีภาวะน้ำหนักเกิน				
	<input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะน้ำหนักเกิน				

แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงการเกิดสถานะน้ำเกิน

ชื่อ.....นามสกุล.....

แบบบันทึก	สัปดาห์ที่				การจัดการกับ อาการ เปลี่ยนแปลง
	ก่อนเข้า โครงการ	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	
น้ำหนัก (กก.)					
% ของน้ำยาล้างไต					
BP (mmHg)					
อาการเหนื่อย					
อาการบวม					

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกิน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของท่าน ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านได้ปฏิบัติเรื่องนั้นบ่อยครั้งเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติอยู่ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เสมอทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บ่อยครั้ง (3- 4 ครั้ง / สัปดาห์)

ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมทำบ้างไม่ทำบ้างพอๆ กัน หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น 2 ครั้ง / สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 ครั้ง / สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรม หรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

แบบสอบถามพฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ ทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ (2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่ ปฏิบัติ เลย
การสังเกตและการบันทึก					
1. ท่านชั่งน้ำหนักตัวขณะท้องแห้ง และชั่งในเวลาเดียวกัน					
2. ท่านสังเกตอาการบวม เช่น กดปุ่มข้อเท้า หลังเท้า เป็นต้น หรือจากเสื้อผ้าที่ใส่ หรือ แหวนที่ใส่คับขึ้น					
3. ท่านสังเกตอาการเหนื่อย ขณะพักและขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
4. ท่านดื่มน้ำดื่มในแต่ละวัน ในปริมาณที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยล้างไตหน้าท้องชนิดถาวร คือ ปริมาณน้ำ 500 มล. บวกค่าไรรวมจากน้ำยาล้างไตในแต่ละวันบวกกับปริมาณปัสสาวะทั้งวัน					
5. ท่านมีการตรวจวัดปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง					
6. ท่านมีการบันทึกน้ำหนักน้ำยาล้างไต เข้า - ออก และบันทึกสูตรของน้ำยาแต่ละวัน					
การประเมินตนเอง					
1. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านได้เปรียบเทียบน้ำหนักในแต่ละวัน					
2. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านหลีกเลี่ยงอาหารจำพวก ก๋วยเตี๋ยว น้ำข้าวต้ม โจ๊ก ชุปต่างๆ ตลอดจนเครื่องดื่ม ชา กาแฟ น้ำผลไม้ น้ำหวาน นม เป็นต้น					

แบบสอบถามพฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ ทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ (2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่ ปฏิบัติ เลย
3. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่ รับประทานจุจิก					
4. เมื่อท่านดื่มน้ำเกินปริมาณที่กำหนด ท่าน ปรับลดจำนวนน้ำดื่มลงในวันถัดมา					
5. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการบวม ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก ของหมักดอง อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น หมูยอ ขนมหิน ไข่กรอก อาหารแห้ง กุนเชียง เต้าหู้ยี้ ผลไม้แช่อิ่ม ไข่เค็ม ปลาแร่ กุ้ง แห้ง ปลาแห้ง ปลาแดดเดียว ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลากระป๋อง เป็นต้น เพราะมีเกลือเป็น ส่วนประกอบ					
6. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการบวม ท่านรับประทานอาหาร โปรตีนที่มีคุณภาพ เพิ่มจากเดิม เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว					
7. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการบวมท่าน ปรุงอาหารรับประทานเอง โดยใช้ เกลือไม่ เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือ น้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อน โຕ้ะต่อวัน					
8. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการบวมท่าน ใช้เครื่องเทศตามธรรมชาติช่วยชูรสอาหาร เช่น กระเทียม หอม ตะไคร้ ใบ ใบมะกรูด รากผักชี น้ำตาล มะนาว					

แบบสอบถามพฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ ทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ (2 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/ สัปดาห์)	ไม่ปฏิบัติ เลย
9. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวมท่านหรือญาติประกอบอาหาร รับประทานเอง โดยปรุงอาหารรสจัด งดผงชูรส หรือเครื่องปรุง					
10. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวมท่านงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว ยาแดงเหล้า สาโท กระจะ แจ๋ เบียร์ เป็นต้น					
11. ท่านสังเกตอาการบวมในแต่ละวัน และเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลง					
12. เมื่อท่านประเมินตนเองว่าเหนื่อย ท่านพักหรือลดกิจกรรมลง					
13. เมื่อท่านประเมินตนเองว่าเหนื่อย ท่านโทรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล					
14. ท่านเปรียบเทียบอาการเหนื่อยว่า ลดลงหรือไม่					
15. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีความ ดันโลหิตเพิ่มขึ้น ท่านได้วัดความดัน โลหิตเปรียบเทียบในแต่ละวัน					
การเสริมแรงตนเอง 1. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการ เกี่ยวกับสภาวะน้ำเกินได้จากหรือโดย การสังเกต การลงบันทึก และการ ประเมินผล					

แบบสอบถามพฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ ทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง/ สัปดาห์)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ (2 ครั้ง / สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)	ไม่ปฏิบัติ เลย
2. ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำ เกินเพิ่มเติม ถ้ามีโอกาส หรือเมื่อมีข้อ สงสัย					
3. ท่านโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ หรือ พยาบาลทุกครั้งที่ไม่แน่ใจหรือเกิด ปัญหา					
4. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด หรือก่อน นัด ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติ					
5. ท่านสามารถปรับพฤติกรรมการ จัดการตนเอง เกี่ยวกับสภาวะน้ำเกินให้ กลายเป็นกิจวัตรประจำวัน					
6. ท่านให้กำลังใจตนเองเมื่อท่าน ปฏิบัติตามจนทำให้ไม่เกิดภาวะน้ำเกิน					

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
แผนการสอนการจัดการตนเองกับภาวะน้ำเกิน

แผนการสอน เรื่อง การจัดการตนเอง กับ ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ผู้สอน นาง สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

1. อธิบาย ภาวะน้ำเกิน สาเหตุ และอาการภาวะน้ำเกินได้
2. อธิบาย การป้องกัน สภาวะน้ำเกิน
3. อธิบาย ผลกระทบ ของภาวะน้ำเกิน ต่อ ภาวะสุขภาพ
4. ระบุวิธีการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินได้

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- หลังให้ความรู้ แก่กลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายความหมาย ของภาวะน้ำเกิน สาเหตุ อาการแสดงของภาวะน้ำเกิน และ การป้องกันได้</p>	<p>ภาวะน้ำเกิน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีน้ำคั่งในร่างกาย และมีอาการบวม โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ การมีปริมาณน้ำที่ได้รับมากกว่าปริมาณน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย มีการคั่งของน้ำในปอด ทำให้มีการเหนื่อย อาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความผิดปกติของ อิเล็กโทรลิตที่ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง</p> <p>สาเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับน้ำและอาหารมากเกินไป 2. การเลือกใช้น้ำยาล้างไตไม่เหมาะสม 3. การล้างของน้ำยาล้างไตนานเกินไป 4. การไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 5. การสูญเสียการทำงานของไตที่เหลือ 6. ภาวะน้ำยาล้างไตรั่ว 7. ภาวะสายล้างไตทางช่องท้อง ผิดตำแหน่งหรือไม่ทำงาน 8. การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าในน้ำยา การดึงน้ำออกจากร่างกายจะไม่ดี ทำให้เกิดการบวม 	<p>- ผู้วิจัยแนะนำตนเอง</p> <p>- แจ้งหัวข้อการ สอนแก่กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- อธิบาย ความหมายของแต่ละหัวข้อ</p>	<p>- power point เรื่อง แผนการสอน การจัดการตนเอง กับ ภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างรับฟังและซักถามได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>9. การเสื่อมประสิทธิภาพ ของเยื่อช่องท้อง</p> <p>10. การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี</p> <p>11. การเสื่อมประสิทธิภาพ ของเยื่อช่องท้อง</p> <p>อาการแสดงของภาวะน้ำเกิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บวมบริเวณเปลือกตา นิ้ว ข้อต่างๆ 2. น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าวันละ 1 กก. 3. ปวดศีรษะ 4. ความดันโลหิตสูง 5. หายใจสั้น 6. ในระยะที่รุนแรง ผู้ป่วยจะไอ เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง <p>หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้</p> <p>การป้องกันสภาวะน้ำเกิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนักทุกวัน 2. วัดความดันโลหิต อย่างน้อยวันละครั้ง 3. หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม และดื่มน้ำเท่าที่จำเป็น 			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. เพิ่มความเข้มข้นน้ำยาฟิดี หากมีอาการบวมมากให้ใช้ 2.5% หรือ 4.25% ร่วมกับ1.5% จนกว่าจะยุบ และจึงค่อยกลับมาใช้น้ำยาฟิดี 1.5% เพียงชนิดเดียว น้ำหนักตัวที่คาดหวัง คือน้ำหนักที่ควรจะเป็นผู้ป่วยในสภาวะปกติ ที่ไม่มีภาวะน้ำเกิน</p>			
<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง ผลกระทบของภาวะน้ำเกิน ต่อ ภาวะสุขภาพ</p>	<p>ผลกระทบของภาวะน้ำเกินต่อภาวะสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะน้ำเกินทำให้ระดับความรู้สึกลดลง กล้ามเนื้อกระตุก ชัก หรือหมดสติ 2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีอาการบวมบริเวณข้อเท้า หลังเท้า หน้าตา หรืออาการบวมทั่วตัว 3. การคั่งของน้ำระหว่างเซลล์ในทางเดินอาหาร จะทำให้บวม ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน 4. ภาวะน้ำเกิน มีผลทำให้เสียสมดุลเกลือแร่ที่สำคัญ คือ ทำให้สมดุล พลาสมาในเลือดต่ำ และปริมาณของน้ำภายในหลอดเลือดเพิ่ม มีผลทำให้โซเดียมเจือจาง 5. ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ เนื่องจากปริมาณของน้ำนอกเซลล์มากขึ้น จึงขับออกจากทางเดินอาหาร 	<p>- อธิบายผลกระทบของภาวะน้ำเกินต่อภาวะสุขภาพ</p>	<p>- ภาพประกอบแสดงอาการของผลกระทบของภาวะน้ำเกิน เช่น บวม , เหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น</p>	<p>- ซักถาม และมี ความสนใจ กระตือรือร้น ใน การเรียนรู้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>6. ภาวะน้ำเกิน ทำให้มีการคั่งของน้ำภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีผลกระทบ ต่อการทำงานหัวใจความดันโลหิตสูงขึ้น</p> <p>7. การเพิ่มปริมาณของน้ำภายนอกเซลล์ ทำให้ปอดบวม น้ำผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบาก ไอ และ หอบเหนื่อย</p> <p>8. ผู้ป่วยมักมีความคิดวิตกกังวล เครียด เกี่ยวกับความเจ็บป่วยรวมทั้งความรู้ในคุณค่าของตนเองลดลง จากการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น</p>			
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการติดตามตนเองและการบันทึกอาการแสดงได้ เช่น การชั่งน้ำหนัก อาการบวม การสังเกตอาการเหนื่อย การบันทึกปริมาณน้ำดื่ม บันทึกปริมาณปัสสาวะ การบันทึกปริมาณน้ำยา และการเลือกรับประทาน</p>	<p>การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน</p> <p>การติดตามตนเอง</p> <p>1. ชั่งน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ขณะท้องแข็ง และควรจะเป็นเวลาเดียวกัน เช่น ตอนเช้า และลงในแบบบันทึกทุกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวในแต่ละวัน ถ้าท่านพบความผิดปกติ เช่น น้ำหนักตัวท่านเพิ่มขึ้นครั้ง กิโลกรัมต่อวัน สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติคือ ท่านต้องลดปริมาณน้ำดื่มลง 500 มิลลิลิตร หรือเท่ากับน้ำ 2 แก้วเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว</p>	<p>- อธิบายวิธีการกับภาวะน้ำเกิน</p> <p>- สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติจริงเรื่อง</p> <p>1.การบันทึกน้ำหนักตัว</p>	<p>Power point การจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน</p> <p>- ขวดตวงน้ำ</p> <p>ปัสสาวะและน้ำดื่ม</p> <p>- เครื่องชั่งน้ำหนัก</p> <p>- ฉลากอาหาร</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างซักถามและรับฟัง</p> <p>- เข้าใจวิธีการตวงน้ำดื่มตวงน้ำปัสสาวะชั่งน้ำหนักและบันทึกได้</p> <p>ถูกต้อง</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างบอกวิธีการเลือกรับ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>อาหารได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>2. อาการบวม โดยสังเกต อาการบวมเช่น ข้อเท้า หลังเท้า วิธีการทดสอบ โดยกดลงที่หลังเท้า หรือ หน้าแข้ง ถ้ามีอาการบวม จะพบว่ามียอยบวมตามนิ้วที่กดลงไป หรือสังเกตจากเสื้อผ้าที่ใส่ประจำ หรือแหวนที่ใส่คับขึ้น ซึ่งอาการบวมที่เกิดขึ้น แสดงว่าท่านมีน้ำคั่งในร่างกาย และ ท่านควรปฏิบัติคือ ลดปริมาณน้ำดื่มลง ตามจำนวนน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและสำรวจอาหารที่รับประทานว่ามีเกลือผสมอยู่มากเกินที่กำหนดหรือไม่ หรือท่านได้รับน้ำมากเกินไป จากน้ำที่ดื่ม น้ำจากอาหาร เช่นน้ำซุพ น้ำถ้วยเดียว เป็นต้น แต่ถ้าอาการบวมไม่ดีขึ้น ควรรีบมาพบแพทย์</p> <p>3. สังเกตอาการเหนื่อย โดยประเมินจากกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ถ้าพบว่ามีเหนื่อย หรือหายใจลำบาก หยุดกิจกรรมแล้วพักถ้ามีอาการไม่ดีขึ้นให้มาพบแพทย์ นอกจากนี้ให้ประเมินจากระดับการนอน ถ้าพบว่าเวลานอนราบต้องใช้หมอนหนุนเพิ่มจากปกติจากหมอน1ใบเป็น2ใบนั้นแสดงว่าท่านเริ่มมีน้ำคั่งในปอด และถ้าพบว่านอนราบไม่ได้ ต้องนั่งฟูบให้มาพบ แพทย์</p>	<p>2.การบันทึกจำนวนน้ำดื่มและจำนวนปัสสาวะที่ถูกต้อง</p> <p>3.การบันทึกดูน้ำหนัก</p> <p>4.การสังเกตอาการบวม พร้อมการประเมิน</p> <p>5.การประเมินอาการเหนื่อย</p> <p>6.ชนิดยาและวิธีรับประทานยา</p>	<p>- แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน</p>	<p>อาหารที่ถูกต้องได้</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างสามารถฝึกทักษะการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. ปริมาณน้ำดื่ม ต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ในแต่ละวัน ปริมาณน้ำบริโภคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตทางช่องท้อง คือ ปริมาณน้ำ 500 มิลลิลิตร บวก กำไรรวมจากน้ำยาฟิตินี้ได้ในแต่ละวัน บวก กับปริมาณปัสสาวะทั้งวัน ทั้งนี้ปริมาณน้ำที่บริโภค หมายถึง น้ำที่ได้จากอาหาร เครื่องดื่ม ผัก และ ผลไม้</p> <p>5. การหาปริมาณปัสสาวะต่อวัน ทำได้โดยการตวง และ วัดปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง ติดกัน 2-3 วัน นำปริมาณที่วัดได้มาเฉลี่ยเป็นปริมาณปัสสาวะต่อวัน ทำการตวงซ้ำเมื่อพบปริมาณปัสสาวะลดลงกว่าเดิมมาก การวัดปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงถ้าเริ่มต้น 07.00 น. ให้ถ่ายทิ้งเสียก่อน หลังจากนั้นเก็บปัสสาวะที่ถ่ายทุกครั้งลงในขวด (ถ้าถ่าย อุจจาระควรปัสสาวะเก็บไว้ก่อน) จนถึง 07.00น. ของวันพรุ่งนี้ ให้ถ่ายปัสสาวะให้หมดแล้วเก็บลงในขวดเป็นครั้งสุดท้าย วัดปริมาณปัสสาวะทั้งหมด (ปัสสาวะต้องแช่ตู้เย็น) ในทางปฏิบัติ เมื่อทราบปริมาณน้ำในแต่ละวันและ ผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องสามารถควบคุมได้ร่างกายได้รับน้ำมาก หรือน้อยเกินไป โดยเตรียมน้ำดื่มใส่ขวดที่มีขีดบอกปริมาณเท่ากับปริมาณที่คำนวณได้ใน 1 วัน แล้วดื่มน้ำโดยใช้หน้าที่</p>	<p>7.การอ่านฉลากอาหาร</p> <p>8.อธิบายในเรื่องการปรุงรสอาหาร</p> <p>- ทบทวนโดยการสอบถามย้อนกลับ</p> <p>เรื่องการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน</p>		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>เตรียมไว้ในขวด หากได้รับน้ำจากที่อื่น เช่น น้ำแกง น้ำแข็ง เยลลี่ และไอศกรีม เป็นต้น ให้รินน้ำจากขวดทิ้งเท่ากับ ปริมาณน้ำที่ได้รับจากแหล่งนั้น</p> <p>6. การบันทึกคูลน้ำยา ในการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยต้อง บันทึกปริมาณน้ำยา เข้า-ออก ในสมุดบันทึกคูลน้ำยา และ คำนวณคูลน้ำยาที่ถ่ายออกมาว่ามาก (ถ้าไร) หรือน้อยกว่า (ขาดทุน) ที่ใส่เข้าไปในแต่ละครั้ง ถ้าน้ำยาออกมามากกว่าที่ ใส่เข้าไปให้เขียนเครื่องหมาย (+) หน้าตัวเลขที่คำนวณได้ถ้า น้ำยาที่ออกมาน้อยกว่าที่ใส่เข้าไปให้เขียนเครื่องหมาย (-) หน้าตัวเลขให้เริ่มสังเกตตนเองถ้ามีคูลน้ำยาขาดทุนมากกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน</p> <p>7. จำกัดอาหารที่มีเกลือ โซเดียม เป็นการป้องกันการคั่งของ น้ำในร่างกายหลักในการรับประทานอาหารที่ควรปฏิบัติดังนี้</p> <p>7.1 ไม่ควรเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำซอส ผงชูรส (มีเกลือ โซเดียม แต่ไม่มีรสเค็ม) ผงปรุงรสเช่น รสดี คนอร์ และผงฟู ในอาหารหรือถ้าจำเป็นต้องปรุงรสอาหารปริมาณเกลือ โซเดียมที่เติมได้ในแต่ละวันไม่ควรเกิน2กรัมต่อวัน คือ</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ปริมาณเกลือ 1ช้อนชา เท่ากับน้ำปลาประมาณ2ช้อนโต๊ะต่อวัน</p> <p>ข้อแนะนำในการปรุงรส</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารจืดแล้วปรุงทีหลัง ไม่ควรมีรสเค็มจัด - ฝักนิยชิมก่อนปรุง และไม่ควรปรุงรสเค็ม ถ้าต้องการเติมแนะนำให้เติมเครื่องปรุงทีละน้อยๆ - ไม่ควรเติมผงชูรส เพราะผงชูรสเป็นผงโซเดียม - ถ้ากินอาหารปรุงหรือสำเร็จเช่นก๋วยเตี๋ยว แกง ชุป หรืออาหารประเภทผัด ไม่ควรกินน้ำแกง <p>7.2 หลีกเลียงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาเค็ม ไข่เค็ม หัวไชโป๊ หนังกุ้งทอด ปลาตะเพียนต้มเค็ม ทองหยิบ ทองหยอด อาหารกระป๋องทุกชนิด อาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมที่มีการเติมผงฟู ขนมปัง ปาท่องโก๋ขนมถ้วยฟู เครื่องดื่มเกลือแร่ ยาสีฟันที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ อาหารทะเล ขึ้นฉ่าย ผักคะน้า เป็นต้น</p> <p>7.3 หากไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ไม่ควรเติมเครื่องปรุงรส เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>7.4 ควรอ่านลาก ที่บอกส่วนประกอบของเกลือ โซเดียม ที่ มีอยู่ในอาหารทุกครั้ง</p> <p>7.5 หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และควรงดสูบบุหรี่</p> <p>8. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และวัดความดันโลหิตอย่าง นื่อง วันละ 1 ครั้ง ถ้ามียาขับปัสสาวะ ไม่ควรรับประทาน ก่อนนอน เพราะจะทำให้รบกวนการนอนหลับ</p>			
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการ ประเมินตนเองและการ บันทึก ได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>การประเมินตนเอง</p> <p>1. ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการชั่งน้ำหนักตัว โดยชั่งทุกวันขณะท้องแห้ง และควรเป็นเวลาเดียวกัน และลงบันทึกในแต่ละวัน เปรียบเทียบน้ำหนักที่ลดลง หรือเพิ่มขึ้น - รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานอาหาร จุกจิก - หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกก๋วยเตี๋ยว น้ำ ข้าวต้ม โจ๊ก ซุป ต่างๆ ตลอดจนเครื่องดื่ม ชา กาแฟ - ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายวิธีการ ประเมินตนเอง - สาธิตและให้กลุ่ม ตัวอย่างปฏิบัติจริง เรื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมิน ตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่าง สามารถฝึกทักษะ การประเมินภาวะ น้ำเกินในเรื่องของ น้ำหนัก อาการบวม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการบวม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกของหมักดอง อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น หมูยอ ขนมนั่น ไข่กรอก อาหารแห้ง กุนเชียง เต้าหู้ยี้ ผลไม้แช่อิ่ม ไข่เค็ม ปลาไร้ กุ้งแห้ง ปลาแห้ง ปลาแดดเดียว ปลาส้ม ปลาจ่อม ปลากระป๋อง เป็นต้น เพราะมีเกลือเป็นส่วนประกอบ - ให้รับประทานอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพสูงเพิ่มจากเดิม เช่น เนื้อปลา, ไข่ขาว - ปรงอาหารรับประทานเอง โดยใช้เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อน โຕ้ะต่อวัน - ใช้เครื่องเทศตามธรรมชาติช่วยชูรสอาหาร เช่น กระเทียม หอม ตะไคร้ ใบมะกรูด รากผักชี - งดการใช้ผงชูรส - งดเครื่องดื่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว ยาแดงเหล้าสาโท กระแช่ เบียร์ เป็นต้น - เปรียบเทียบอาการบวมที่เกิดขึ้น ให้ลงบันทึกประเมินแต่ละวัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาพบแพทย์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินน้ำหนักตัว 2. การประเมินอาการบวม 3. การประเมินอาการเหนื่อย 4. ความดันโลหิต (mmHg) 		<p>อาการเหนื่อย และความดันโลหิตได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3. ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ให้ประเมินจากกิจวัตรประจำวัน หรือจากระดับการนอน และลงบันทึกเปรียบเทียบในแต่ละวัน ถ้ามีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>4. ความดันโลหิต วัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยสอนวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง หรือวัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตในแต่ละวัน และลงบันทึก</p>			
<p>- อธิบายกิจกรรมการเสริมแรงตนเองในการจัดการเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน</p>	<p>การเสริมแรงตนเอง</p> <p>การจัดการเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน จะสำเร็จได้ต้องมีความร่วมมือทั้งด้านเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย สนับสนุนให้ครอบครัว ดังนี้</p> <p>1. ด้านอารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นกำลังใจให้ในยามที่ผู้ป่วยท้อแท้ - แนะนำครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เช่น การลงบันทึก การชั่งน้ำหนัก เป็นต้น อันจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัว - ชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยทำได้และเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเอง 	<p>- อธิบายวิธีการเสริมแรงตนเอง</p>		<p>- กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจดีขึ้น</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. ด้านข้อมูลข่าวสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้รายละเอียดเพิ่มเติม เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินที่มีโอกาส - กระตุ้นผู้ป่วยในการจดจำวันที่แพทย์นัดและมาตรวจตาม <p>นัดอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>3. ด้านทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดหาอุปกรณ์ในการตวงน้ำดื่ม และปีสภาวะ - ประสาน รพ.สต. ใกล้บ้านผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยอุปกรณ์มี <p>ไม่เพียงพอ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น</p>			

ภาคผนวก ง
จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองรายข้อ
ตารางแสดงน้ำหนักผู้ปวยแต่ละราย ใน 12 สัปดาห์

ตารางแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD
การสังเกตและการบันทึก	0	3	0	11	5	1.89	19	0	0	0	0	5
1. ท่านซึ่งนำหน้ากัวขณะท้องแห้ง และซั้งในเวลาเดียวกัน	(0%)	(15.8%)	(0%)	(57.9%)	(26.3%)	± .658	(100%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	± .000
2. ท่านสังเกตอาการบวม เช่น กดบวม ข้อเท้า หลังเท้า เป็นต้น หรือจาก เสื้อผ้าที่ใส่ หรือแหวนที่ใส่คับขึ้น	3	4	2	7	3	2.84	19	0	0	0	0	5
	(15.8%)	(21.1%)	(10.5%)	(36.8%)	(15.8%)	± 1.384	(100%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	± .000
3. ท่านสังเกตอาการเหนื่อย ขณะพัก และขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4	1	5	0	9	3.00	19	0	0	0	0	5
	(21.1%)	(5.3%)	(26.3%)	(0%)	(47.4%)	± 1.201	(100%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	± .000
4. ท่านดื่มน้ำดื่มในแต่ละวันใน ปริมาณที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยล้าง ไตทางหน้าท้องชนิดถาวร คือ ปริมาณน้ำ 500 มล. บวกค่าไรรวม จากน้ำยาล้างไตในแต่ละวัน บวกกับ ปริมาณปัสสาวะทั้งวัน	1	2	5	7	4	2.42	12	7	0	0	0	4.63
	(5.3%)	(10.5%)	(26.3%)	(36.8%)	(21.1%)	± 1.121	(63.2%)	(36.8%)	(0%)	(0%)	(0%)	± .495

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	X SD	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	X SD
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
5. ท่านมีการตรวจวัดปริมาณปัสสาวะ ใน 24 ชั่วโมง	2 (10.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (89.5%)	1.42 ± 1.261	1 (5.3%)	0 (0%)	7 (36.8%)	11 (57.9%)	0 (0%)	2.52 ± .772
6. ท่านมีการบันทึกน้ำยาล้างไตเข้า- ออก และบันทึกสุทธิของน้ำยาแต่ละ วัน	18 (94.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.3%)	4.78 ± .917	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 ± .000
การประเมินตนเอง 1. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามี น้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านได้เปรียบเทียบ น้ำหนักในแต่ละวัน	0 (0%)	0 (0%)	3 (15.8%)	8 (42.1%)	8 (42.1%)	1.73 ± .733	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 ± .000
2. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามี น้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านหลีกเลี่ยงอาหาร จำพวก ถั่ว เต้าหู้ ข้าวต้ม โจ๊ก ซุป ต่างๆ ตลอดจนเครื่องดื่ม ชา กาแฟ น้ำ ผลไม้ น้ำหวาน นม เป็นต้น	4 (21.1%)	0 (0%)	5 (26.3%)	8 (42.1%)	2 (10.5%)	2.78 ± 1.315	18 (94.7%)	1 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.94 ± .229
3. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามี น้ำหนักเพิ่มขึ้น ท่านรับประทานอาหาร เป็นเวลา ไม่รับประทานอาหารจุกจิก	3 (15.8%)	1 (5.3%)	5 (26.3%)	7 (36.8%)	3 (15.8%)	2.68 ± 1.293	12 (63.2%)	7 (36.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.63 ± .495

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD
4. เมื่อท่านดื่มน้ำเกินปริมาณที่ กำหนด ท่านปรับลดจำนวนน้ำดื่ม ลงในวันถัดมา	1 (5.3%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)	6 (31.6%)	2 (10.5%)	2.68 ± 1.002	13 (68.4%)	6 (31.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.68 ± .477
5. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวม ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารจำพวกของหมักดอง อาหารที่ ผ่านการถนอมอาหาร เช่น หมูยอ ขนมจีน ไข่กรอก อาหารแห้ง กุนเชียง เต้าหู้ยี้ ผลไม้แช่อิ่ม ไข่เค็ม ปลาร้า กุ้งแห้ง ปลาแห้ง ปลาแดด เดียว ปลาสาม ปลาจ่อม ปลากระป๋อง เป็นต้น เพราะมีเกลือเป็น ส่วนประกอบ	3 (15.8%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)	0 (0%)	4 (21.1%)	3.26 ± .991	15 (78.9%)	4 (21.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.78 ± .418
6. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวม ท่านรับประทานอาหารโปรตีน ที่มีคุณภาพ เพิ่มจากเดิม เช่น เนื้อ ปลา ไข่ขาว	2 (10.5%)	6 (31.6%)	8 (42.1%)	3 (15.8%)	0 (0%)	3.36 ± .895	11 (57.9%)	8 (42.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.57 ± .507

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD
7. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวม ท่านปรุงอาหารรับประทานเอง โดยใช้เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน	2 (10.5%)	1 (5.3%)	5 (26.3%)	9 (47.4%)	2 (10.5%)	2.57 ± 1.121	12 (63.2%)	7 (36.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.63 ± .495
8. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวม ท่านใช้เครื่องเทศตาม ธรรมชาติช่วยปรุงรสอาหาร เช่น กระเทียม หอม ตะไคร้ ใบมะกรูด รากผักชี น้ำตาล มะนาว	2 (10.5%)	2 (10.5%)	5 (26.3%)	8 (42.1%)	2 (10.5%)	2.68 ± 1.157	11 (57.9%)	8 (42.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.57 ± .507
9. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีอาการ บวม ท่านหรือญาติประกอบอาหาร รับประทานเอง โดยปรุงอาหารรส จืด งดผงชูรส หรือเครื่องปรุง	4 (21.1%)	3 (15.8%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	2 (10.5%)	3.05 ± 1.352	14 (73.7%)	5 (26.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.73 ± .452
10. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามี อาการบวม ท่านงดเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว ยาแดง เหล้า สาโท กระแช่ เบียร์ เป็นต้น	6 (31.6%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (21.1%)	9 (47.4%)	2.47 ± 1.806	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 ± .000

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD
11. ท่านสังเกตอาการบวมในแต่ละวัน และเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลง	3 (15.8%)	0 (0%)	4 (21.1%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)	2.21 ± 1.474	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 ± .000
12. เมื่อท่านประเมินตนเองว่าเหนื่อย ท่านพักหรือลดกิจกรรมลง	2 (10.5%)	3 (15.8%)	0 (0%)	11 (57.9%)	3 (15.8%)	2.47 ± 1.263	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 ± .000
13. เมื่อท่านประเมินตนเองว่าเหนื่อย ท่านโทรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล	1 (5.3%)	2 (10.5%)	6 (31.6%)	8 (42.1%)	2 (10.5%)	2.57 ± 1.017	16 (84.2%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	4.78 ± .535
14. ท่านเปรียบเทียบอาการเหนื่อยว่าลดลงหรือไม่	2 (10.5%)	0 (0%)	3 (15.8%)	10 (52.6%)	4 (21.1%)	2.26 ± 1.147	18 (94.7%)	1 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.94 ± .229
15. เมื่อท่านประเมินตนเองว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ท่านได้วัดความดันโลหิต เปรียบเทียบในแต่ละวัน	0 (0%)	0 (0%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)	9 (47.4%)	1.63 ± .683	8 (42.1%)	4 (21.1%)	3 (15.8%)	4 (21.1%)	0 (0%)	3.84 ± 1.12
การเสริมแรงตนเอง 1. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการเกี่ยวกับสภาวะน้ำเกินได้จาก หรือ โดยการสังเกต การลงบันทึก และการประเมินผล	5 (26.3%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	1.89 ± .657	5 (26.3%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	5 ± .000

คำถาม	ก่อนเข้าโปรแกรม						หลังเข้าโปรแกรม					
	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD	ปฏิบัติ ประจำ n (%)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง n (%)	ปฏิบัติไม่ สม่ำเสมอ n (%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ n (%)	X SD
2. ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ น้ำเกินเพิ่มเติม ถ้ามีโอกาส หรือเมื่อ มีข้อสงสัย	2 (10.5%)	3 (15.8%)	8 (49.1%)	3 (15.8%)	3 (15.8%)	2.84 ± 1.384	2 (10.5%)	3 (15.8%)	8 (42.1%)	3 (15.8%)	3 (15.8%)	5 ± .000
3. ท่านโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์หรือ พยาบาลทุกครั้งที่ไม่แน่ใจหรือเกิด ปัญหา	2 (10.5%)	5 (26.3%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	3 (15.8%)	3.00 ± 1.201	2 (10.5%)	5 (26.3%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	3 (15.8%)	5.00 ± .000
4. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด หรือ ก่อนนัด ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติ	4 (21.1%)	3 (15.8%)	7 (36.8%)	4 (21.1%)	1 (5.3%)	2.42 ± 1.121	4 (21.1%)	3 (15.8%)	7 (36.8%)	4 (21.1%)	1 (5.3%)	4.63 ± .495
5. ท่านสามารถปรับพฤติกรรม จัดการตนเอง เกี่ยวกับสภาวะน้ำเกิน ให้กลายเป็นกิจวัตรประจำวัน	4 (21.1%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	1.42 ± 1.261	4 (21.1%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	5.00 ± .000
6. ท่านให้กำลังใจตนเอง เมื่อท่าน ปฏิบัติตนจนทำให้ไม่เกิดภาวะน้ำ เกิน	4 (21.1%)	4 (21.1%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	4.78 ± .917	4 (21.1%)	4 (21.1%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	4.57 ± .509

ตารางแสดงน้ำหนักผู้ป่วยแต่ละราย ใน 12 สัปดาห์

ลำดับ	เริ่มต้น	สัปดาห์ ที่ 1	สัปดาห์ ที่ 2	สัปดาห์ ที่ 3	สัปดาห์ ที่ 4	สัปดาห์ ที่ 5	สัปดาห์ ที่ 6	สัปดาห์ ที่ 7	สัปดาห์ ที่ 8	สัปดาห์ ที่ 9	สัปดาห์ ที่ 10	สัปดาห์ ที่ 11	สัปดาห์ ที่ 12
1	53	52	52	51	50	49	49	49	50	48	47	47	47
2	64	63.7	63.5	63	62.5	62	62	61.5	61	61	60.5	60	60
3	86.5	86	85.2	84	83	81.5	80	79	78	77.3	76.5	76	76
4	60	59.7	59	58.7	58	57.8	57.5	57	57	56.5	56	56	56
5	61	60	59	58.5	58	56.5	56	55.5	55	54.5	54	54	54
6	55	54	53.5	53	52	52	52	51	50	50	50	50	50
7	69	68	67.5	66.5	66	65.5	64.7	64	64	63	62.5	62	61
8	56	55.5	55	54.5	54	53.2	53	53	53	52	52	51.5	51
9	63	62.7	62	62	62	61.5	61	61	61	60.5	60	60	60
10	86	85	83	83	83	83	83	83	82.5	83	83	84	85
11	86	86	88	83	84	82	82	82	82	82	82	82	82
12	58	57	57	56	56	55.2	55	54.5	54	53.8	53	53	53
13	78	77	76.5	76.2	76	75	74	73	73	71.5	71	70	70
14	68	65	64	64	64	64	64	63	63	63	63	63	63

ลำดับ	เริ่มต้น	สัปดาห์ ที่ 1	สัปดาห์ ที่ 2	สัปดาห์ ที่ 3	สัปดาห์ ที่ 4	สัปดาห์ ที่ 5	สัปดาห์ ที่ 6	สัปดาห์ ที่ 7	สัปดาห์ ที่ 8	สัปดาห์ ที่ 9	สัปดาห์ ที่ 10	สัปดาห์ ที่ 11	สัปดาห์ ที่ 12
15	54	50	43	47	50	50	51	50	50	49	49	49	49
16	69	69	69	67	65	65	65	65	65	65	66	66	66
17	49	49	40	40	42	42	42	42	43	43	43	42	42
18	72	68.1	68.5	68.7	68.4	69.8	68.2	68.4	68.5	66	67.1	67.9	66.6
19	79	78	78	78	78	78	78	78	78	77	78	78	78

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ภาคผนวก จ
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
กรณีอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ

เอกสารหมายเลข 5.3

(Informed consent form)

1. การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่
ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ

.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่

.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ

.....

จังหวัด.....ไปรษณีย์.....บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่

.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจและเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้าได้รับผลกระทบใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการชดเชยจากผู้วิจัยตามความเหมาะสมหรือมาตรฐานสากลในการรักษาพยาบาล

อาสาสมัครสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทรหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 081-3764270 รศ.ดร. วลัยพร นันทสุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 เมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของอาสาสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร ใบยินยอมที่ลงนามและลงวันที่เก็บไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงนาม.....อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ

()

ลงนาม.....ผู้วิจัย

()

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....พยาน

()

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University

ภาคผนวก จ

เอกสารประกอบการตรวจจริยธรรมในการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต
Rangsit University



Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
 Related to Researches Involving Human Subjects
 School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand

No.004/2013

Title of Project Self Management Behaviors and Volume Overload in
 Patients with CAPD under Self Management Program

Protocol Number ID 56-361-004

Principal Investigator Mrs. Sureewan Ratanakitsunthorn

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on
 Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the
 Declaration of Hensinki.

Signature of Chairman
 Committee on Human Rights Related to
 Research Involving Human Subjects

Somchit Hanucharurnkul

Prof. Dr. Somchit Hanucharurnkul

Signature of Dean

Ampaporn

Assist. Prof. Dr. Ampaporn Namvongprom

Date of Approval

February 28, 2013



คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โครงการวิจัย	พฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
ผู้วิจัยหลัก	นางสุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
สถานที่ดำเนินการวิจัย	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
เอกสารที่พิจารณา	โครงร่างวิจัย
วันที่พิจารณาอนุมัติ	

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ข้างต้นภายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุรัชย์ โชคครชิตไชย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

(นางกิตติยา ประสานวงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	สุริย์วรรณ รัตนกิจสุนทร
วัน เดือน ปีเกิด	6 มิถุนายน 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง, 2530 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, 2534 ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี อบรมระยะสั้น 4 เดือน การฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม, 2537 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อบรมระยะสั้น การล้างไตทางช่องท้อง, 2550 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการล้างไตทางช่องท้อง, 2552 สภากาชาดไทย การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต, 2552 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, 2556
ที่อยู่ปัจจุบัน	4/28 หมู่ 1 ถ.รามसरท ต.ประตูลัษย อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา 13000
สถานที่ทำงาน	หน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 46/1 ม.4 ถ.อุทอง ต.ประตูลัษย อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา 13000
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ