

ปัจจัยทำนaylorจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อาทิตยา อติวิชญานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

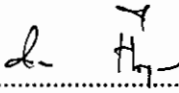
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

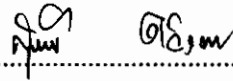
พฤษภาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

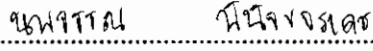
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อาทิตยา อติวิชญานนท์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

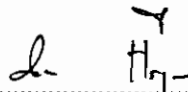
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

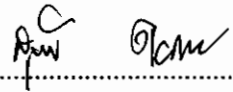

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยดวงศ์)

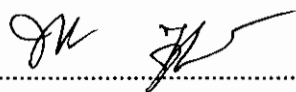

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

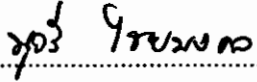

..... ประธาน
(ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติยดวงศ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติคุณวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณหัวหน้าคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คุณสุริย์วรรณ รัตนกิจสุนทร ที่ช่วยอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ทุกระดับชั้น ที่ให้การศึกษาคอยอบรม สั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีคุณค่ายิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ทุกคน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันเสมอมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาเป็นอย่างสูงที่ให้ชีวิต ให้การศึกษา และปลูกฝังความอดทน รวมทั้งเป็นกำลังใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าได้รับการศึกษา และได้มีโอกาสสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป

อาทิตยา อติวิชญานนท์

55920272: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/ โรคไตเรื้อรัง/ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อาทิตยา อติวิชญานนท์: ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (PREDICTORS OF SELF MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: กาวนา กิรติยุดวงษ์, ปร.ด., สุภาภรณ์ คิ้วแพง, พย.ด., 103 หน้า. ปี พ.ศ. 2558

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 74 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วยซึ่งใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.3 และมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, r = .62, r = -.47, p < .001$, ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .40$) รองลงมาคือภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.35$) และความรู้ในการจัดการตนเอง ($\beta = .31$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ เสนอแนะว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอ และควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

55920272: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORD: SELF MANAGEMENT/ CHRONIC KIDNEY DISEASE / CONTINUOUS
AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

ARTITTAYA ARTIWITCHAYANON: PREDICTORS OF SELF MANAGEMENT
IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING CONTINUOUS
AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS ADVISORY COMMITTEE: PAWANA
KEERATIYUTAWONG, Ph.D., SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., 103 P. 2015

This research aimed to examine the predicting factors of self management including self management knowledge, family support, and depression among patients with chronic kidney disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Seventy - four participants who come to receive care at CAPD clinic of Pra Nakhon Si Ayutthaya hospital. The instruments consisted of the Personal Information Record Form, the Self Management Knowledge Scale, the Social Support Scale, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the Self Management Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression.

The results showed that the participants had mean score of self management knowledge and family support at a high level. 47.3 percent of participants had depression. The mean score of self management was at a good level. Self management knowledge, family support and depression were significantly related to self management ($r = .42$, $r = .62$, $r = -.47$, respectively, $p < .001$). All three variables could explain 54.3 percent of the variance in self management ($p < .001$). Family support was the most importance factor in predicting self management ($\beta = .40$) followed by depression ($\beta = -.35$) and self management knowledge was the least importance ($\beta = .31$).

Based on the study results, it is recommended that health care providers should encourage the patients undergoing CAPD to receive appropriate support from family and interventions to prevent depression should be carried out.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคไตเรื้อรัง.....	13
นโยบายและระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	17
การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....	23
การจัดการตนเอง.....	29
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
4 ผลการวิจัย	50
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	50
5 อภิปรายและสรุปผล	60
สรุปผลการวิจัย	60
การอภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก	86
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	98
ประวัติย่อของผู้วิจัย	103

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป ($N = 74$).....	51
2 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ($N = 74$).....	53
3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในการจัดการตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$).....	55
4 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจาก ครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$).....	56
5 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้า ($N = 74$).....	56
6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$).....	57
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 74$).....	58
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ของความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 74$).....	59

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 386,102 – 777,797 ราย (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553 - 2555) แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ไตจะไม่สามารถทำงานได้เองอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation)

การบำบัดทดแทนไตถือเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากจนอาจเกินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอันเป็นผลมาจากการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงกำหนดนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้เป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Peritoneal dialysis first policy) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการมากขึ้น โดยพบว่ามีความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 106.9 รายต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 148.6 และ 188.5 รายต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ (Nephrology society of Thailand, 2012) นอกจากนี้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ลดการพึ่งพาระบบสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีภาวะสุขภาพ

และคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (นิภา อัยยสานนท์, 2552; Kutner, Zhang, Barnhart, & Collins, 2005) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นในปัจจุบัน

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดของเสียออกจากร่างกายและปรับสมดุลน้ำในร่างกาย โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนสารต่าง ๆ ระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างไต โดยมีเยื่อช่องท้องเป็นตัวกรอง เนื่องจากเยื่อช่องท้องมีคุณสมบัติในการให้น้ำและสารต่าง ๆ สามารถผ่านได้ ของเสียและน้ำส่วนเกินจึงถูกขับออกไปกับน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2551) ทั้งนี้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะต้องทำทุกวัน วันละ 4-5 รอบ ในแต่ละรอบห่างกันประมาณ 4-6 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยและครอบครัวที่วางแผนการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะได้รับการฝึกอบรมโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้องในเรื่องโรคไตเรื้อรัง วิธีการรักษา ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา การสังเกตและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และทีมสุขภาพจำเป็นต้องประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการล้างไตทางช่องท้อง ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวก่อนตัดสินใจรับการรักษาและระหว่างได้รับการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาให้น้อยที่สุด และให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด (สุภร บุษปานิษ, 2552; นันทา มหัทธนนท์ และสมรภัค รอดพ่าย, 2551)

ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) การติดเชื้อช่องทางออกของสาย (Exit site infection) ภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular complication) และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte imbalance) (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2544; Varitsakul, Sindhu, Sriyuktasuth, Viwatwongkasem, & Dennison, 2013) โดยเฉพาะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องยุติการรักษาจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ธีรพล เมืองไพศาล, 2555; เศรษฐพล ปัญญาทอง, 2555; Xu et al., 2012; Xu, Zhuo, Yang, & Dong, 2012; Jaar et al., 2009) หากการติดเชื้อลุกลามจนถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) จนเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (เศรษฐพล ปัญญาทอง, 2555; Fontan et al., 2005) สาเหตุของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องส่วนใหญ่มักเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อบริเวณข้อต่อสายขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การปนเปื้อนเชื้อจากสายยางเปลี่ยนน้ำยาหรือจากถุงเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ไม่ปลอดภัย (Piraino et al., 2011) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มี

การติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า การมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง การไม่เคร่งครัดในการทำความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์ รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่บุคลากรสุขภาพแนะนำ จะนำไปสู่การติดเชื้อในช่องท้องได้ (พนิดา เทียมจรยา, ชมนาค วรรณพรศิริ และดวงพร หุ่นตระกูล, 2554)

นอกจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายแล้ว ภาวะจิตใจและอารมณ์ยังพบว่าเป็นปัญหาสำคัญเช่นกันเดียวกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Lin et al., 2011) เนื่องจากภาวะของโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย ผลกระทบจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป การล้างไตที่ต้องปฏิบัติทุกวัน และการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (ศรีธัญญา พลสิงห์ชาญ, 2541; Lin et al., 2011) หากมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่สามารถดำเนินการล้างไตทางช่องท้องต่อไปได้

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่ไม่ได้เป็นการรักษาที่ทำให้โรคหายขาดหรือทำให้หน้าที่การทำงานของไตกลับเป็นปกติ ผู้ป่วยจึงยังคงต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องดูแลรักษาตนเองไปต่อเนื่องตลอดชีวิต จากภาวะของโรคที่มีความซับซ้อน และผู้ป่วยอาจมีโรคร่วมหลายโรค จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ยืนยาว และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการจัดการตนเองเป็นสำคัญ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) อันเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการระบบการเชื่อมโยงหน่วยบริการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ การใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการรักษาที่เน้นการจัดการตนเองเป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้ปฏิบัติ ติดตาม และดูแลการรักษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมีกิจกรรมการจัดการตนเองที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต

การดูแลสายและช่องทางออกของสาย การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา การจัดการโรคร่วม และการประเมินสุขภาพตนเอง ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก และการสังเกตภาวะแทรกซ้อน การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น แม้จะมีขั้นตอนการปฏิบัติหลายขั้นตอน แต่ได้กำหนดเป็นลำดับไว้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจึงต้องปฏิบัติตามกำหนดเวลาและขั้นตอนการล้างไตอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Lam, Twinn, & Chan, 2010; Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007)

การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมทั้งที่สุขภาพในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ควบคุมอาหาร ป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการใช้แหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และลดการรบกวนจากโรคที่มีผลต่อวิถีชีวิตให้น้อยที่สุด (Curtin & Mapes, 2001) โดย Curtin, Mapes, Schatell, and Burrows-Hudson (2005) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการดูแล การปฏิบัติตามแผนการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 2) องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การจัดการกับอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากการศึกษาของ Curtin, Johnson, and Schatell (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในการรักษาของตนเอง แม้ว่าจะเป็นวิธีการรักษาที่ต้องการการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ แต่สามารถประยุกต์ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้การมีชีวิตอยู่กับโรค โดยมีการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลและทำความเข้าใจเพื่อนำมาใช้จัดการความเจ็บป่วยและดูแลตนเอง (Costantini et al., 2008) การจัดการตนเองที่ดีจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค (Chen et al., 2011) ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Wong, Chow, & Chan, 2010) และมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ในด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเองอยู่ในระดับต่ำ (บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ส่วนการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของ สุชาติณี วีระเดชะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยในด้านการดูแลสุขภาพมีการ

จัดการตนเองในระดับดีมาก ส่วนในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันมีการจัดการตนเองในระดับดี และพบว่ามีการติดเชื้ในเยื่อหูช่องท้องสูงถึงร้อยละ 41.5 นอกจากนี้การศึกษาของ จิราภรณ์ สุพลมาตย์ (2554) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ การขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัว ปัญหาการขาดผู้ดูแล และปัญหาด้านเศรษฐกิจ และพบอัตราการติดเชื้ในช่องท้องเท่ากับ 0.47 ครั้งต่อปี ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในระดับต่ำ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม (Li, Jiang, & Lin, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sritarapipat, Pothiban, Panuthai, Lumlertgul, and Nanasilp (2013) พบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน การทำหน้าที่ทางด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนจากครอบครัว การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา และการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

ในการศึกษารุ่นนี้ได้เลือกศึกษาปัจจัยในด้านความรู้ โดย Curtin et al. (2004) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านความรู้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคและวิธีการรักษา จะมีความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ซึ่งอาจไม่เข้าใจในข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษา และเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความรู้จะมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีความรู้เพียงพอเพื่อใช้ในการตัดสินใจและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะของ โรค (Costantini et al., 2008) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43 - .45, p < .01$) (สุพิชา อาจคิดการ, 2555; Li et al., 2013) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องคือ การมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการล้างไต (Liang et al., 2011; Little, Irwin, Marshall, Rayner, & Smith, 2001; Chanouzas, Ng, Fallouh, & Baharani, 2012) แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อผู้ป่วยที่จะเลือกการรักษาวิธีนี้ แต่จากการสำรวจความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้โดยรวมเพียงร้อยละ 66 (Wright, Wallston, Elasy, Ikizler, & Cavanaugh, 2011) และผู้ป่วยไม่มี ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากถึงร้อยละ 57 (Finkelstein et al., 2008) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความรุนแรงของโรค เช่น อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง สับสน และระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป อาการ

เหล่านี้อาจส่งผลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคู่สมรสจะเลือกการรักษาวิธีนี้เป็นส่วนใหญ่ (Little et al., 2001; Chanouzas et al., 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37 - .45, p < .01$) (สุพิษา อาจคิดการ, 2555; Li et al., 2013) และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (มยุรี ปัญญาสิม, 2551; สุชาติณี เรียมจันทร์, 2554) หากขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการจัดการตนเองลดลง (Jerant, Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการจัดการตนเองที่ดี

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่สำคัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการบำบัดทดแทนไตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ร้อยละ 18.6 - 44 (ศิริอร สินธุ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และอรรมน ศรียุกตศุทธ, 2554; Watnick, Kirwin, Mahnensmith, & Concato, 2003; Lin et al., 2011; Partridge & Robertson, 2011) โดยการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นมากที่สุด (Lin et al., 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต้องปฏิบัติทุกวัน วันละหลายรอบ ซึ่งผู้ป่วยต้องดำเนินการล้างไตไปตลอดชีวิต ประกอบกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง การไม่สามารถประกอบอาชีพเช่นเดิมได้ และบางครั้งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.49, p < .01$) (Li et al., 2013) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ขาดความสนใจในการล้างไต ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง (Hedayati et al., 2008; Li et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังมีจำกัดและไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยทำนวยการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนวยการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในการจัดการ

ตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองมากที่สุด และคาดว่าจะจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง การทราบถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะช่วยนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม อันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี เป็นผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดำรงชีวิตอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างผาสุก

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร
2. ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย คือ ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al., (2005) ที่กล่าวว่า ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำมาซึ่งการจัดการตนเองที่ดี และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ($r = .43 - .45, p < .01$) (สุพิษา อาจคิดการ, 2555; Li et al., 2013) และการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ล้างไต

ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .45, p < .01$) (สุพิชา อัจฉิการ, 2555) ส่วนภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและอาการของโรคที่มีความรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในการดูแลตนเอง และอาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองได้ จากงานวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเอง ($r = -.49, p < .01$) (Li et al., 2013) ผู้ป่วย ที่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จึงมีการจัดการตนเองที่ดีตามไปด้วย (Curtin et al., 2005)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

Curtin et al. (2005) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติของบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ควบคุมอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งการจัดการตนเองเป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ และ 2) องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการติดต่อสื่อสาร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่ทีมสุขภาพสอนให้ความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การกำหนดตารางเวลาในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เป็นต้น 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้ 4) ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจว่า กิจกรรมใดจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสุขภาพ 5) ด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง

ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การจัดการกับอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการจัดการทางด้านอารมณ์ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุของความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ป่วย

จำเป็นต้องทำความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยอย่างปกติสุข

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม โดย Curtin et al. (2005) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม คือ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา วิธีการปฏิบัติตัวและมีการจัดการกับอารมณ์ที่ถูกต้อง ยอมรับในบทบาทที่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างเป็นปกติสุข จากแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ความรู้ในการจัดการตนเอง ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหรือญาติจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติการล้างไตด้วยตนเอง และขณะเดียวกันจะต้องยึดมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา รวมถึงการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เนื่องจากการมีความรู้จะทำให้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม นำมาสู่การจัดการตนเองที่ดีต่อไป (Curtin, Johnson, & Schatell, 2004; Curtin et al., 2004; Curtin et al., 2005)

การสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีอาการของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่มีความรุนแรงของโรค อีกทั้งวิธีการรักษาที่ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง และบางครั้งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมสมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิดที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยเหลือในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การจัดหาอาหาร และดูแลเรื่องการรับประทานยา รวมไปถึงการคอยให้คำแนะนำหรือข้อชี้แนะในการแก้ไขปัญหา และเมื่อผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย บุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้รับฟังปัญหา แสดงความรัก ความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการมีชีวิตร่วม และมีความใส่ใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Lin et al., 2011) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง เช่น ขาดความกระตือรือร้นในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ไม่สนใจใน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 74 ราย

การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ 1) การดูแลสุขภาพ และ 2) การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการจัดการตนเองของ สุธาสินี วีระเดชะ (2554) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al. (2005)

ความรู้ในการจัดการตนเอง หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา การดูแลแผลบริเวณช่องทางออกของสาย การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การดำรงบทบาทในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวด้านอารมณ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง ของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต่อการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงานที่มีความสนิทสนมเปรียบเสมือนคนในครอบครัวและมาอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ศุภรา โถตันคำ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต่ออาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยประเมินจากแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV และนำมาปรับใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไทย โดย Lotrakul, Sumrithe, and Saipanish (2008)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)
 - 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.4 ระยะของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.5 การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. นโยบายและระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 2.1 นโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องให้เป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษา (Peritoneal dialysis first policy)
 - 2.2 ระบบบริการสุขภาพกับแนวคิดการดูแลโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
3. การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis)
 - 3.1 ข้อบ่งชี้ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 3.2 หลักการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 3.3 ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
4. การจัดการตนเอง (Self management)
 - 4.1 แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 4.2 การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะสามารถค้นหาสาเหตุอันนำไปสู่โรคไตเรื้อรังและให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเฉพาะเจาะจงแล้วก็ตาม แต่ท้ายที่สุดเมื่อการทำงานของไตลดลงน้อยกว่าร้อยละ 30 ไตจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2554) และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในที่สุด

ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) ได้ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. ภาวะความผิดปกติของไตนานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งความผิดปกติของไตพิจารณาจากค่าการทำงานของไต หรือความผิดปกติทางสรีรวิทยาของไต หรือความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะ
2. อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร นานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้

สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังมีดังนี้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2554; Levey et al., 2003; Baumgarten & Gehr, 2011)

1. โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุด (Levey et al., 2003; Baumgarten and Gehr, 2011) เนื่องจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในไต เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดที่ไต ทำให้เลือดมาเลี้ยงไตลดลง หลอดไตฝ่อและไตหดเล็กลง เมื่อเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงจะทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ อัตราการกรองลดลงและเกิดโรคไตเรื้อรังในที่สุด
2. โรคความดันโลหิตสูง จากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในไต หลอดเลือดจะเกิดการแข็งตัวซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือดเป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน ทำให้ไตขับเกลือและน้ำออกได้น้อยลง จึงทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นไปอีก นอกจากนี้แรงดันในหลอดเลือดฝอยของโกลเมอรูลัสที่เพิ่มขึ้น (Glomerular capillary pressure) ทำให้โกลเมอรูลัสขยายตัวและเกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ จึงเกิดกระบวนการอักเสบขึ้น หลอดเลือดฝอยในไตถูกทำลาย

เมื่อการอักเสบดำเนินไปอย่างรวดเร็วจนทำให้ไตเกิดพังผืดในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Tubulo-interstitial fibrosis) เนื้อไตจึงถูกทำลาย ไตจึงเสียหายที่สุดในที่สุด

3. การติดเชื้อ เช่น กรวยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerulonephritis) กระบวนการอักเสบที่เรื้อรังจะทำลายผนังของหลอดเลือด ทำให้ไตเกิดพังผืดขึ้น เมื่อไตถูกทำลายมากขึ้น อัตราการกรองจึงลดลง ไตจึงเสียหายที่

4. การอุดตันในทางเดินปัสสาวะ เช่น โรคนิ่วในไต เนื้องอกในไต ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก ท่อปัสสาวะตีบ ทำให้เกิดการกั่งค้างของน้ำปัสสาวะเหนือบริเวณที่ถูกอุดกั้น ไตและกรวยไตจึงเพิ่มแรงบีบเพื่อขับน้ำออก หากการอุดตันเกิดขึ้นเป็นเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไข ไตและกรวยไตจะขยายตัวขึ้น ผนังของกรวยไตจะยึดจนบางลง มีน้ำขังในกรวยไตและเกิดไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ไตเสียหายที่

5. ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเอสแอลอี (Systemic lupus erythematosus) จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยที่ไตจะพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อหลอดเลือดและเซลล์เยื่อผิวของโกลเมอรูลัส โดยมีผนังหนาตัวขึ้นร่วมกับมีการอักเสบของไต ทำให้ความสามารถในการกรองของไตลดลง มีการรั่วของอัลบูมินซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบและเกิดพังผืดขึ้นในไต

6. ความผิดปกติของไตแต่กำเนิด เช่น ถุงน้ำในไต (Polycystic kidney disease) ถุงน้ำที่โตขึ้นจะไปกดกรวยไต เกิดการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ และกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไต ทำให้เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง เนื้อไตมีขนาดเล็กและสูญเสียหน้าที่การทำงาน

7. การได้รับสารพิษต่อไต เช่น การรับประทานยาากลุ่มเอนเสด (NSAIDs) เป็นเวลานาน ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycosides) ทำให้เกลือและน้ำถูกดูดกลับมากขึ้น เกิดอาการบวมและอาจเกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้ ยาต้านจุลชีพกลุ่มซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamides) ทำให้ปัสสาวะเป็นกรดและปัสสาวะลดลง เกิดการตกผลึกในไตและเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการได้รับพิษจากโลหะหนักบางชนิด เช่น เหล็ก ตะกั่ว แคดเมียม เมื่อได้รับพิษสะสมต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำลายเซลล์ของไตและเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังโดยการประเมินการทำงานของไต มีวิธีการดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1. การประเมินอัตราการกรองของไตโดยใช้สูตร Modification of diet in renal disease

$$eGFR \text{ (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186.3 \times \text{SCr (jaffe)}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times (0.742 \text{ ถ้าเป็นผู้หญิง})$$

2. การประเมินอัตราการกรองของไตโดยใช้สูตร Cockcroft-Gault equation โดยปรับค่ามาตรฐานด้วยค่าพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ดังนี้

$$\text{Ccr (ml/min)} = \frac{(140 - \text{Age}) \times \text{Body weight}}{72 \times \text{Scr}} \times (0.85 \text{ สำหรับผู้หญิง})$$

3. การประเมินปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ โดยใช้แถบสีจุ่ม (Dipstick)

3.1 กรณีผู้ป่วยเบาหวาน

3.1.1 ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 1+ ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือว่ามีภาวะไตผิดปกติ

3.1.2 ถ้าตรวจไม่พบโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ ควรส่งตรวจหาค่าสัดส่วนของโปรตีนต่อครีเอตินิน (Urinary protein/creatinine ratio: UPCR) จากการเก็บปัสสาวะตอนเช้า ถ้ามีค่า 30-300 mg/g แสดงว่ามีภาวะ Microalbuminuria

3.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้เป็นเบาหวาน

3.2.1 ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ระดับ 2+ ขึ้นไป และไม่มีสาเหตุทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือว่ามีภาวะไตผิดปกติ

3.2.2 ถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะในระดับ 1+ ควรส่งตรวจหาค่าสัดส่วนของโปรตีนต่อครีเอตินิน (Urinary protein/creatinine ratio: UPCR) ถ้ามากกว่า 500 mg/g ถือว่ามีภาวะไตผิดปกติ

4. ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่ม ถ้าได้ผลบวกให้ตรวจโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic examination) หากพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 5/HPF ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่น และไม่มีสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม ถือว่ามีภาวะไตผิดปกติ

5. การตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจทางรังสี (Plain KUB) การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography of KUB) เพื่อดูว่ามีกรอดูดตัน มีนิ่ว หรือความผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่

ระยะของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

ระยะที่ 1 ไตเริ่มเสื่อม เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย แต่การทำงานยังปกติ อัตราการกรองมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 ไตเสื่อม เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และการทำงานลดลง อัตราการกรองเท่ากับ 60-89 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3 การทำงานของไตลดลงครึ่งหนึ่ง อัตราการกรองเท่ากับ 30-59 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 4 การทำงานของไตลดลงอย่างมาก อัตราการกรองเท่ากับ 15-29 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 5 ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อัตราการกรองน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ระยะนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด

การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ (กรมการแพทย์, 2553)

1. การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) เป็นการกำจัดของเสียออกทางช่องท้อง โดยใช้ผนังเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรองของเสีย น้ำ และแลกเปลี่ยนเกลือแร่และกรดต่าง ๆ ระหว่างเลือดของผู้ป่วยที่ผ่านมายังหลอดเลือดในผนังช่องท้องกับน้ำยา (Dialysate) ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง โดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นของสารละลายในเลือดกับสารละลายในน้ำยาผ่านกระบวนการแพร่กระจาย (Diffusion) และการดึงน้ำออกจากร่างกาย (Ultrafiltration) ผู้ป่วยจะได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในช่องท้องเพื่อเป็นทางให้ใส่น้ำยาเข้าและออกจากช่องท้อง วิธีนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน โดยใส่น้ำยาเข้าช่องท้องและค้างไว้ 4-8 ชั่วโมงเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนสารต่าง ๆ จากนั้นจึงปล่อยน้ำยาทิ้งและใส่น้ำยาใหม่เข้าไปอีก ทำเช่นนี้ทุกวัน วันละ 4-5 รอบ

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการนำเลือดจากตัวผู้ป่วยออกมาฟอกกับเครื่องไตเทียมโดยผ่านตัวกรอง (Dialyser) ของเครื่องไตเทียม เมื่อเลือดผ่านมาในตัวกรอง จะมีการแลกเปลี่ยนสารต่าง ๆ กับน้ำยา (Dialysate) โดยผ่านเยื่อกั้น (Semipermeable membrane) ของเสียในเลือดของผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนที่ออกจากเลือดไปยังน้ำยา และมีการแลกเปลี่ยนเกลือแร่ต่าง ๆ และกรดต่าง โดยอาศัยความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือดหรือน้ำยาจนกว่าจะมีระดับความเข้มข้นที่เท่ากัน เรียกวิธีนี้ว่ากระบวนการแพร่กระจาย

(Diffusion) นอกจากนี้ตัวกรองยังทำหน้าที่กรองน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายโดยอาศัยหลักการที่ว่า น้ำจะเคลื่อนที่จากที่ที่มีความเข้มข้นน้อยไปสู่ที่ที่มีความเข้มข้นมาก เรียกว่าออสโมซิส (Osmosis) และหากทำให้ความกดดันระหว่างเลือดและน้ำยามีความแตกต่างกันมาก ๆ จะทำให้มีการดึงน้ำออกจากร่างกายมากขึ้นซึ่งเรียกว่าวิธีการอัลตราฟิลเตรชัน (Ultrafiltration) ขณะเดียวกันเยื่อกั้น (Semipermeable membrane) ที่อยู่ในตัวกรองจะถูกออกแบบไม่ให้เลือดและโปรตีนผ่านออกไปได้ หลังจากทีเลือดผ่านการกรองของเสียออกและมีระดับเกลือแร่และกรดค้างที่เหมาะสม เครื่องไตเทียมจะนำเลือดที่ตีกลับเข้าสู่ผู้ป่วยอีกครั้ง การฟอกเลือดแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และต้องทำในโรงพยาบาลหรือศูนย์ไตเทียมโดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) เป็นการปลูกถ่ายไตใหม่เข้าไปเพื่อทำหน้าที่ทดแทนไตเดิม โดยรับไตใหม่จากผู้บริจาค ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รับไตและผู้บริจาคต้องมีการทดสอบความเข้ากันได้ของแอนติเจนและผู้ป่วยจะต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันซึ่งมักจะต้องกินไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันปฏิกิริยาการปฏิเสธอวัยวะ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดปลูกถ่ายไตถือว่าเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด เนื่องจากไตใหม่จะทำงานได้ใกล้เคียงกับไตเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่การผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงและเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้เช่นกัน รวมทั้งผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกันที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

นโยบายและระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

นโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องให้เป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษา

(Peritoneal dialysis first policy)

การบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากเกินกว่าความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะรับภาระได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่อาจเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีการดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 โดยกำหนดนโยบายในการให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยให้ความสำคัญกับวิธีการ

ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ประทีป ชนกิจเจริญ, ชูชัย ศรชานี, วัลลภ คชบท และปราโมทย์ แยมพร้อม, 2551)

นโยบายการส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นทางเลือกอันดับแรก ได้พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์การให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลต่าง ๆ และได้พัฒนารูปแบบการให้บริการมาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2550 จึงได้มีมติคณะรัฐมนตรี อนุมัติให้ขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนี้ รัฐบาลจะอุดหนุนการให้บริการ โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ทั้งนี้ได้มีการคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น เป็นบริการที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทาง และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการทำงาน นอกจากนี้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) และในปี พ.ศ. 2550 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้แต่งตั้งคณะกรรมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง โดยเฉพาะมาตรฐานและการฝึกอบรม ซึ่งมีผลงานในการจัดทำหลักสูตรอบรมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 1 เดือน แก่อายุรแพทย์และกุมารแพทย์ และการจัดทำหลักสูตรอบรมพยาบาล 4 เดือน เพื่อสร้างอัตรากำลังทีมสุขภาพในการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ (ทวิ ศิริวงศ์, 2552)

เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2557 ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องหน่วยเดิม ต่อเนื่อง และขยายหน่วยบริการใหม่ ที่เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการเดิมในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อม เพื่อให้มีหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพียงพอ
2. สนับสนุนให้มี CAPD Technology and Training Centers เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลิตและพัฒนาบุคลากร สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการ และการวิจัย

3. สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในหน่วยบริการและเครือข่าย

4. สนับสนุนคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับจังหวัด ให้มีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพและประเมินผลการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

5. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และชมรมผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในชุมชน

6. สนับสนุนการรวมตัวทำกิจกรรมของแพทย์ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยแบบพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research) รวมทั้งให้มีการประชุมระดับชาติ

ระบบบริการสุขภาพกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างป็นองค์รวม แนวคิดนี้เน้นการจัดการระบบการเชื่อมโยงหน่วยบริการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยบูรณาการองค์ประกอบหลักการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้นำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้บริหารจัดการกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลและญาติ มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ มีระบบการดูแลที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

การบริหารจัดการ โรคเรื้อรัง คือ การบริหารจัดการโรคในภาพรวมแบบเชิงรุก (Pro-active, population-based approach) มีองค์ประกอบสำคัญคือ 1) การดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้า โดยให้ความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้ มากกว่าการตั้งรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 2) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา โดยผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง 3) การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงประกอบด้วย การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต 4) การดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขา

วิชาชีพ และ 5) ให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ จุดบริการที่เหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

การบริหารจัดการ โรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลาย คือ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือ Wagner's chronic care model โดยเสนอว่าการจัดการ โรคเรื้อรังเป็นการปรับเปลี่ยน การดูแลรักษาจากระบบเชิงรับที่ตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ไปสู่ระบบเชิงรุกและเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีเท่าที่สามารถเป็นไปได้ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องมี องค์ประกอบ 6 ด้าน ที่สัมพันธ์กัน ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

1. นโยบายขององค์กรสุขภาพ (Health care organization) ต้องส่งเสริมวัฒนธรรม ระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สิ่งสำคัญคือ ผู้บริหารจะต้อง เป็นผู้นำและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการจากการตั้งรับและคอยตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วย ไปสู่การให้บริการเชิงรุกที่มีการวางแผนตามแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมวัฒนธรรม ระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อจัดการข้อมูลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูง ให้เป็นหมวดหมู่ สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือหน่วยบริการประจำและเครือข่ายต้องจัดให้มีทะเบียน (Registry) โดยทะเบียนผู้ป่วยสามารถใช้ เป็นระบบเตือน (Recall) เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการ ตลอดจนการทบทวนการดูแลรักษาว่าผู้ป่วย ได้รับบริการตามแนวทางมาตรฐานเวชปฏิบัติหรือไม่ และระบบสารสนเทศยังช่วยแบ่งปันข้อมูล บริการผู้ป่วยและเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานอีกด้วย

3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) เพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับรสนิยมและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืออิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน ทั้งนี้การดูแลรักษาควรสอดคล้องกับความสนใจและรสนิยมของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและจัดการตนเอง

4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญคือ การกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มี Case/ Care/ Disease manager ซึ่งเป็นพยาบาล เพื่อประสานทีมดูแลรักษาผู้ป่วย และทบทวนทะเบียนเพื่อ ประเมินการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุก ๆ รอบ 3-4 เดือน และรอบ 1 ปี มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อน ให้คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจ

ได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ หรือไปรษณีย์ จัดระบบและศูนย์ประสานการส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ และประสานติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ

5. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self management support) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้พร้อม และสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้ สิ่งสำคัญคือ เน้นหรือให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเอง ใช้วิธีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผน ปฏิบัติตัว การแก้ปัญหา และการนัดพบอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดหาสิ่งสนับสนุนจากภายในภายนอกหน่วยบริการ และชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. การเชื่อมต่อกับชุมชน (Community) เพื่อแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนให้สนองตอบความจำเป็นของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ค้นหาว่ามีกลุ่มหรือชมรม เพื่อแนะนำผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรม ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสถานพยาบาลอื่น สร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชน เพื่อสนับสนุนและพัฒนามาตรการอื่น ๆ ที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้ เสนอแนะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ในประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) มีการเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้บริการเชิงรุก ตั้งแต่การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 4 ทีมสุขภาพจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต และวางแผนให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเข้ารับการรักษาเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เข้ากับบริบทของตนเอง เมื่อผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจะมีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินให้ทราบสภาพและคาดการณ์ได้ถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษา เป็นการเตรียมความรู้ ปรับทัศนคติ และเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการรักษา รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาด้วยล้างไตทางช่องท้อง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีความพร้อมในการให้บริการ หลังจากนั้นจึงส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้าน โดยมี

โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นลูกข่ายรับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่อง และหน่วยบริการสุขภาพจะมีการจัดเครือข่ายในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้เพื่อประเมินและให้คำแนะนำในการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติในการล้างไตทางช่องท้อง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังช่วยในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการรักษายิ่งขึ้น โดยเครือข่ายหน่วยให้บริการการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วย ในหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2550 มีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติทั้งสิ้น 25 แนวปฏิบัติ ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550)

- แนวปฏิบัติที่ 1: การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- แนวปฏิบัติที่ 2: การประเมินการเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา
- แนวปฏิบัติที่ 3: การวางสายล้างช่องท้องแบบถาวร
- แนวปฏิบัติที่ 4: การดูแลระยะแรกหลังการใส่สายล้างช่องท้องแบบถาวร
- แนวปฏิบัติที่ 5: การประเมินตำแหน่งสาย ปัญหาสายอยู่ผิดที่และปัญหาน้ำยาไหลเข้า

ออกไม่ดี

- แนวปฏิบัติที่ 6: คำแนะนำในการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วย
- แนวปฏิบัติที่ 7: การดูแลแบบผู้ป่วยนอก และยาพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ
- แนวปฏิบัติที่ 8: การดูแลช่องสายออก อุโมงค์รอบสาย และการแก้ปัญหา
- แนวปฏิบัติที่ 9: การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- แนวปฏิบัติที่ 10: การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- แนวปฏิบัติที่ 11: การทดสอบประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนสารและน้ำของเยื่อ

ช่องท้อง (Peritoneal equilibration test: PET)

- แนวปฏิบัติที่ 12: การประเมินความพอเพียงของการล้างไต (Dialysis adequacy)

แนวปฏิบัติที่ 13: คำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเมื่อเริ่มรักษา

แนวปฏิบัติที่ 14: การประเมินภาวะโภชนาการ

แนวปฏิบัติที่ 15: การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเด็ก

แนวปฏิบัติที่ 16: การดูแลรักษา และป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ

แนวปฏิบัติที่ 17: การดูแลภาวะ Ultrafiltration (UF) failure

แนวปฏิบัติที่ 18: การรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

แนวปฏิบัติที่ 19: การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ

แนวปฏิบัติที่ 20: ปัญหาอื่น ๆ นอกจากปัญหาติดเชื้อ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสายล้างไตและสภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

แนวปฏิบัติที่ 21: แนวทางการถอดและใส่สายล้างช่องท้องใหม่และการเปลี่ยนเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบอื่น

แนวปฏิบัติที่ 22: การส่งต่อผู้ป่วย

แนวปฏิบัติที่ 23: ดัชนีที่บ่งชี้ประสิทธิภาพของการรักษา (Key performance indicators)

แนวปฏิบัติที่ 24: การบริหารหน่วยล้างช่องท้องในระดับโรงพยาบาลชุมชน

แนวปฏิบัติที่ 25: การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดใหญ่ทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งโดยการใส่สายล้างไตไว้ในช่องท้อง แล้วใส่น้ำยาเข้าไปเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของเสียก่อนจะปล่อยน้ำยาออกมา ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ล้างไตด้วยตนเองทุกวัน วันละ 4-5 รอบ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2551)

1. กำจัดของเสียหรือสารที่เกินความต้องการของร่างกายโดยอาศัยขบวนการแพร่ (Diffusion) และขบวนการนำพา (Convection) สารต่าง ๆ เหล่านี้ได้ออกจากร่างกาย
2. ปรับสมดุลน้ำในร่างกาย โดยการดึงน้ำออกจากร่างกาย โดยอาศัยคุณสมบัติของเยื่อช่องท้อง (Peritoneal ultrafiltration coefficient) และคุณสมบัติของสารที่มีความสามารถในการดูดน้ำ (Osmolytes)

ข้อบ่งชี้ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จะได้รับการพิจารณาให้รักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1. เมื่อผู้ป่วยมีระดับอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิตร/นาที่/พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

2. เมื่อผู้ป่วยมีระดับอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิตร/นาที่/พื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวายหรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

2.2 ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

2.3 ระดับความรู้สึกลดตัวลง หรือมีอาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

2.4 เชื้อหุ้มปอดหรือเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบจากยูริเมีย

2.5 คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหารน้ำหนักลด หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามต่อการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การมีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถใส่สายล้างไตทางช่องท้องได้ มีพังผืดภายในช่องท้อง ผู้ป่วยมีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลในการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองได้ (สุกร บุษปวนิช, 2552)

หลักการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้องมีหลักการในการทดแทนการทำงานของไตคือการขจัดของเสียออกจากร่างกายและรักษาภาวะสมดุลของสารต่าง ๆ ในร่างกาย รวมทั้งปรับสมดุลน้ำในร่างกาย โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนสารต่าง ๆ ระหว่างเลือด เยื่อช่องท้อง และสารในน้ำยาที่ใส่ไปในช่องท้อง ทั้งนี้เยื่อช่องท้องจะทำหน้าที่กั้นระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างไต เนื่องจากเยื่อช่องท้องสัมผัสกับหลอดเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องเป็นจำนวนมากและเยื่อช่องท้องมีคุณสมบัติที่ทำให้น้ำและสารต่าง ๆ สามารถผ่านได้ จึงเกิดการแลกเปลี่ยนของเสียระหว่างเลือดและน้ำยาล้างไต เมื่อปล่อยน้ำยาล้างไตทิ้ง น้ำส่วนเกินและของเสียจึงถูกขับออกไปด้วย (สุกษชัย ฐิติอาชากุล, 2551)

ในแต่ละวันจะต้องทำการล้างไตวันละ 4-5 รอบ ในการล้างไต 1 รอบ ประกอบด้วยระยะใส่เข้า ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีต่อน้ำยา 1 ลิตร ระยะค้างประมาณ 4-5 ชั่วโมง และระยะปล่อยออก ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที แต่ในรอบสุดท้ายจะทำก่อนเข้านอน และค้างไว้ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่

ต้องตื่นมาเปลี่ยนน้ำยากลางดึก การใส่น้ำยาค้างไว้ในช่องท้องเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของเสีย และสารต่าง ๆ หลังจากนั้นจึงปล่อยน้ำยาออกและเริ่มวงจรใหม่

น้ำยาล้างไตทางช่องท้องแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2553)

1. น้ำยาที่ใช้กลูโคสเป็นส่วนผสม น้ำยาที่มีความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสมากจะดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้มากและเร็วกว่าน้ำยาที่มีความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสน้อย ปัจจุบันความเข้มข้นที่ใช้กันคือ 1.5%, 2.5% และ 4.25% แต่มีข้อเสียคือ การใช้สารละลายกลูโคสที่มีความเข้มข้นสูงนาน ๆ จะทำให้เยื่อช่องท้องเกิดความเสื่อม

2. น้ำยาที่ใช้กลูโคสโพลิเมอร์เป็นส่วนผสม กลูโคสโพลิเมอร์เป็นสารที่มีโมเลกุลขนาดใหญ่ ทำให้ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้น้อยและช้ากว่ากลูโคส จึงยังคงความเข้มข้นของสารละลายในช่องท้องได้นานกว่ากลูโคส และยังมีปฏิกริยากับเยื่อช่องท้องได้น้อยกว่ากลูโคส ทำให้เยื่อช่องท้องเกิดความเสื่อมได้ช้ากว่าการใช้กลูโคส ไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดื้อยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน แต่มีข้อเสียคือราคาแพง

ในการแลกเปลี่ยนสารต่าง ๆ ที่เยื่อช่องท้องคือ การเคลื่อนที่ของสารผ่านทางหลอดเลือด เยื่อช่องท้อง และช่องว่างในช่องท้อง โดยมีกลไกสำคัญในการแลกเปลี่ยน ดังนี้ (ศุภชัย จิตอาสากุล, 2551)

1. ขบวนการแพร่ (Diffusion) ในขบวนการแพร่ต้องอาศัยคุณสมบัติของเยื่อช่องท้อง ความแตกต่างของความเข้มข้นของสารในเลือดและน้ำยาล้างไต ซึ่งน้ำยาล้างไตจะมีความเข้มข้นของสารต่าง ๆ น้อยกว่าในกระแสเลือด จึงจะสามารถกำจัดสารที่เป็นของเสียออกจากเลือดได้ ซึ่งถ้ามีความแตกต่างกันมากก็จะสามารถแพร่ได้เร็วมากขึ้น

2. การนำพา (Convection) เป็นการเคลื่อนที่ของสารต่าง ๆ ร่วมกับการเคลื่อนที่ของน้ำ โดยขบวนการนำพาขึ้นอยู่กับ 1) คุณสมบัติของเยื่อต่อการกรองผ่านสารนั้น เช่น สารที่มีขนาดเล็กได้แก่ โซเดียม โปแทสเซียม ยูเรีย ฯลฯ จะสามารถกรองผ่านเยื่อช่องท้องได้ดีมาก 2) อัตราการดึงน้ำ และ 3) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสารในเลือด

ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แม้จะเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการยอมรับว่ามีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การรักษาอาจส่งผลในหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอุบัติการณ์ของการติด

เชื้อในเยื่อช่องท้องจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ (Piraino et al., 2011) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องอยู่ระหว่าง 0.42-0.53 ครั้งต่อปี (ศิริพล เมืองไพศาล, 2555; เศรษฐพล ปัญญาทอง, 2555) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของ ISPD (International society for peritoneal dialysis) คือน้อยกว่า 0.67 ครั้งต่อปี (Li et al., 2010) ในปัจจุบันพบว่าภาวะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องลดลง เนื่องจากได้มีการพัฒนาระบบการเปลี่ยนน้ำยาที่มีการปลดถุงน้ำยาทิ้ง (Disconnection system) โดยใช้หลักการ Flush before fill แทนระบบเดิมซึ่งใช้สายถ่ายเทน้ำยา (Single transfer set with spike system) เป็นสายตรงอันเดียว สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแกรมบวก ได้แก่ Staphylococcus aureus อาการเริ่มแรกที่พบคือ น้ำยาที่ปล่อยออกจากช่องท้องพุ่ง บางครั้งอาจมีอาการปวดท้องนำมาก่อนได้ อาจมีไข้หรือไม่มีไข้ก็ได้

1.2 การติดเชื้อช่องทางออกของสายและอุโมงค์รอบสาย (Exit site and tunnel infection) การติดเชื้อช่องทางออกของสาย (Exit site infection) เป็นการติดเชื้อบริเวณผิวหนังรอบแผลท่อล้างไต (Catheter) โดยตรวจพบการอักเสบ บวมแดงรอบแผล อาจพบหนองไหลซึมบริเวณท่อล้างไตด้วย ส่วนการติดเชื้อที่อุโมงค์รอบสาย (Tunnel infection) เป็นการติดเชื้อที่เกิดลึกเข้าไปกว่าการติดเชื้อที่ผิวหนัง มีอาการเจ็บบริเวณที่วางท่อล้างไต ร่วมกับมีอาการบวมแดงร้อนที่บริเวณดังกล่าวด้วย (Li et al., 2010)

1.3 การสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้อง (Ultrafiltration failure) คือการที่ผู้ป่วยมีอาการของน้ำและเกลือแร่เกินในร่างกาย เนื่องจากปริมาณของน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมาน้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับปริมาณของน้ำยาที่ใส่เข้าไป แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ Type I Ultrafiltration failure คือการแลกเปลี่ยนสารยังดีอยู่แต่การดึงน้ำเสียไป สาเหตุเนื่องจากกลูโคสซึมผ่านผนังเยื่อช่องท้องเข้าสู่เลือดเร็วผิดปกติ ทำให้ความแตกต่างของแรงดันออสโมลาร์ระหว่างน้ำยากับเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การดึงน้ำเสียไป ส่วน Type II Ultrafiltration failure เป็นการสูญเสียทั้งการดึงน้ำและการแลกเปลี่ยนสาร เนื่องจากมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนลดลงจากภาวะมีพังผืดในช่องท้อง (เกล็ดศักดิ์ กาญจนบุษย์, ชีรภาพ ฐานิสโร, อธิศพันธุ์ จุลกัทัพพะ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular complication) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต และภาวะหัวใจล้มเหลว (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2551)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนด้านระบบการเผาผลาญ (Metabolic complication) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้สูญเสียอัลบูมิน และมีการสังเคราะห์อัลบูมินลดลง ภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบ และการล้างไตที่ไม่พอเพียง ทำให้มีภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลใน

เลือดสูง ภาวะอินซูลินในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากน้ำตาลในเลือดสูงที่มีกลูโคสเป็นส่วนประกอบ ภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการดูดซึมของกลูโคสในน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ อาจารย์ร่วมกับภาวะอินซูลินในเลือดสูง ทำให้มีภาวะคืออินซูลิน ฤทธิ์ของอินซูลินที่จะไปกระตุ้น Lipoprotein lipase (ซึ่งมีหน้าที่ทำลายไตรกลีเซอไรด์) จึงลดลง ระดับไตรกลีเซอไรด์จึงเพิ่มขึ้น (ปวีณา สุทัศน์ธิตพงษ์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนด้านสมดุลเกลือแร่ (Electrolytes complication) ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องจำกัดอาหาร โซเดียมและทำการล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งจะเพิ่มการขับโซเดียม จึงมีแนวโน้มที่ทำให้โซเดียมต่ำเพิ่มขึ้นไปอีก ภาวะโพแทสเซียมต่ำเนื่องจากถูกขับออกมากขึ้น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เนื่องจากความเข้มข้นของแคลเซียมในน้ำตาลในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับในเลือด จึงมีการดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่กระแสเลือด (ชนันดา ตรีการวณิช, 2551)

1.7 ไส้เลื่อน (Hernia) มีสาเหตุมาจากการเพิ่มความดันในช่องท้อง ทำให้หน้าท้องขยายตัวและทำให้เกิดไส้เลื่อนขึ้น อาจเกิดได้ทั้งบริเวณหน้าท้องที่ฝังท่อล้างไต หัวเหน่หรือที่สะดือ บางรายไม่มีอาการหรือไม่ได้สังเกตจนกระทั่งมีน้ำยารั่วหรือถ้าไส้หลุดตัน รักษาได้ด้วยการผ่าตัด และหยุดทำการล้างไตทางช่องท้องประมาณ 3-4 สัปดาห์ (ศุภชัย จิตอาสากุล, 2551)

1.8 การรั่วของน้ำยา (Leakage) อาจมีการรั่วไปบริเวณผนังหน้าท้อง การรั่วที่บริเวณ Exit Site หรือมีการบวมบริเวณอวัยวะเพศ (Scrotal edema, Labial edema) บางรายอาจมีการรั่วของน้ำยาไปยังช่องทรวงอก การรั่วของน้ำยาทำให้น้ำยาที่ปล่อยออกมามีปริมาณน้อย (False ultrafiltration failure) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด Hernia ในที่ต่าง ๆ (ศุภชัย จิตอาสากุล, 2551)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อันเป็นการรักษาระยะยาว ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับการล้างไตไปตลอด ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง จากการศึกษาของ ศรีนิญา พลสิงห์ชาญ (2541) เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทั้งด้านอัตมโนทัศน์ ด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยเฉพาะในด้านอัตมโนทัศน์พบว่าผู้ป่วยต้องเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดทุกวัน วันละ 4-5 รอบ ต้องมาตรวจตามนัดและสภาพร่างกายที่มีความอ่อนแอ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต วิตกกังวลในผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องมีสายล้างไตติดอยู่ที่หน้าท้อง สภาพร่างกายที่ชุ่มพอม ผิวหนังแห้งกร้าน และมีสีคล้ำลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ปัญหาการปรับตัวดังกล่าวหากไม่สามารถแก้ไขได้ ในระยะยาวผู้ป่วยอาจมี

ปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lin et al., 2011) จากการศึกษาพบว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากถึงร้อยละ 18.6-44 (ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2554; Watnick et al., 2003; Lin et al., 2011; Partridge, & Robertson, 2011) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Cukor, Rosenthal, Jindal, Brown, & Kimmel, 2009) เป็นผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Li et al., 2013) มีการติดเชื้อมีเชื้อในเยื่อช่องท้องเพิ่มขึ้น (Troidle et al., 2003) และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Tsay, & Healstead, 2002) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ จนถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย (Drayer et al., 2006) มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย (Lopes et al., 2002; Einwohner, Bernardini, Fried, & Piraino, 2004)

3. ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมและเศรษฐกิจ

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียจากภาวะความรุนแรงของโรค และการล้างไตที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ของตนได้ตามปกติ เช่น บทบาทด้านครอบครัว บทบาทด้านหน้าที่การงาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องไม่สามารถดำเนินบทบาทหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ ในบทบาทการเป็นภรรยาหรือสามีพบว่า ภรรยาจะไม่สามารถรับผิดชอบเรื่องงานในบ้าน มีการรับผิดชอบในการหารายได้ร่วมกับสามีลดลง ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสมีพฤติกรรมในเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ (สุกร บุษปวนิช, 2547) ส่วนบทบาทการเป็นสามี ผู้ป่วยจะสูญเสียบทบาทที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว จากเดิมที่เคยเป็นผู้นำครอบครัวต้องเปลี่ยนมาเป็นผู้ที่พึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่ต้องตกเป็นภาระผู้อื่น รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตตนเอง กลัวครอบครัวลำบาก สูญเสียความรับผิดชอบในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ด้านบทบาทหน้าที่การงาน ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยกับงานที่ต้องใช้แรงงาน หรือผู้ป่วยที่เป็นพนักงาน ผู้ป่วยต้องลาออกจากงานหรือต้องตกงานเนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายลดลง หรือหากปฏิบัติงานในตำแหน่งเดิม แต่หน้าที่ความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพ และความสามารถในการทำงานลดลง (ศรีินญา พลสิงห์ชาญ, 2541) อีกทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง โดยพบว่าส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเดือนละ 40,000 – 49,999 บาท ผู้ป่วยส่วนมากจึงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ศรีินญา พลสิงห์ชาญ, 2541) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงไม่อาจแบกรับ

ภาระค่าใช้จ่ายที่สูงเกินกำลังทรัพย์ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในที่สุด

การจัดการตนเอง (Self management)

แนวคิดการจัดการตนเอง

ปัจจุบันแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย เนื่องจากพบว่า การจัดการตนเองที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและผลลัพธ์การรักษาค่าที่ดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่ง Curtin and Mapes (2001) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่อง กลยุทธ์การจัดการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยที่ล้างไตในระยะยาว จำนวน 18 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่ล้างไตมานานกว่า 15 ปี พบว่าผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง 6 กลยุทธ์ ประกอบด้วย การจัดการอารมณ์ (Impression management) การรายงานและจัดการอาการ (Selective symptom report and management) การเฝ้าระวังการดูแล (Vigilant oversight of care) การนำเสนอแนวทางการรักษาตนเอง (Proposal of treatment by patient) การพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (Confrontation of system-active self-advocacy) และ การใช้แพทย์ทางเลือกร่วมในการดูแล (Independent adoption of treatment/use of alternative therapies) จากการศึกษาครั้งนี้ Curtin and Mapes (2001) ได้ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการใช้บริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และลดการรบกวนจากโรคที่มีผลต่อวิถีชีวิตให้น้อยที่สุด

Curtin et al. (2004) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 4 ปี จำนวน 18 คน โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองใน 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบควบคุมการดูแลสุขภาพ (Autonomy/ control in health care) ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Partnership in care) กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care activity) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self-care/ self-efficacy) 2) องค์ประกอบการดำเนินชีวิตประจำวัน (Normality in everyday life) ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ความมีอิสระ (Flexibility/ freedom) การแปลความหมายของความรุนแรงความเจ็บป่วย (Interpretations of illness severity) และการรับรู้ภาพลักษณ์ตนเอง (Body image) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอย่างชัดเจน โดยมีการลงมือปฏิบัติ การกำกับติดตาม และการบริหารจัดการในการรักษาที่ได้รับอย่างดีที่สุดเท่าที่จะ

สามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งการเผชิญอาการของโรคที่อาจรบกวนชีวิตประจำวัน โดยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะต้องมีการจัดระบบเกี่ยวกับความจำเป็นในการจัดการโรคและการรักษาที่ได้รับ

ต่อมา Curtin et al. (2005) ได้วิเคราะห์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบ (Domain) และมิติต่าง ๆ (Dimension) ของการจัดการตนเองที่ได้จากการศึกษาครั้งที่ผ่านๆ มา ซึ่งโรคไตเรื้อรังยังไม่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ แม้จะได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่ก็ยังถือเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองเป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้สูงสุดและลดอาการที่เกิดจากโรคให้น้อยที่สุด โดยได้สรุปแนวทางการจัดการตนเองแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ (Self management of health care) ประกอบด้วย 5 มิติคือ

1.1 การติดต่อสื่อสาร (Communication) การสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการจัดการตนเอง โดยการจัดการตนเองจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถบอกเล่าอาการ ปัญหา ประสบการณ์การเจ็บป่วย และความวิตกกังวล รวมถึงการรับฟังข้อมูล คำแนะนำ แนวทางการปฏิบัติตัวจากทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่จะล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาก่อนการตัดสินใจเลือกการรักษาวิธีนี้ (Curtin et al., 2004) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะได้รับการสอนวิธีการล้างไต มีการฝึกปฏิบัติการล้างไตก่อนการวางสายล้างไต การสอนการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรายงานอาการที่เกิดขึ้นให้ทีมสุขภาพได้รับทราบ และรับฟังข้อเสนอแนะการแก้ไขอาการผิดปกติ เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม (Curtin & Mapes, 2001) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน และสิ่งสำคัญคือทีมสุขภาพจะต้องสื่อสารด้วยข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจได้จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้

1.2 การมีส่วนร่วมในการดูแล (Partnership in care) การมีส่วนร่วมในการดูแลคือการที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรายงานอาการ การติดตามตนเอง การปรับปรุงและแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้นำการดูแลสุขภาพตนเองและมีการดูแลสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง อย่างน้อยที่สุดผู้ป่วยจะต้องมีการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การตัดสินใจในการเลือกการรักษา การกำหนดเวลาในการล้างไต การกำหนดอาหาร เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมพื้นฐานส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติ โดยที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น มีการปรึกษากับทีมสุขภาพ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง (Curtin et al., 2004)

หากผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก็จะเกิดประโยชน์ต่อการจัดการตนเองและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence) ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าสิ่งใดที่สามารถปฏิบัติตามได้ และสิ่งใดไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เนื่องจากคำแนะนำของทีมสุขภาพอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้จริงในสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญและยากต่อการปฏิบัติ เช่น ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องต้องมีการล้างไตตามตารางเวลา การไม่ปฏิบัติตามเวลาการล้างไตที่กำหนดทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมอาหาร จำกัดน้ำดื่ม และรับประทานยาหลายชนิด นอกจากนี้การดำเนินชีวิตประจำวันต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การงดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย เป็นต้น

1.4 กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-care activities) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การเลือกความเข้มข้นของน้ำยาล้างไต การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลสายล้างไต การป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง การจัดการด้านอาหาร การจดจำอาการของภาวะติดเชื้อในช่องท้องและอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Curtin et al., 2004) อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมีการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นและถูกจัดอยู่ในมิติการดูแลตนเอง เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การหาแหล่งประโยชน์ การต่อรองเพื่อเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ การมีความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น การรายงานอาการ การมีพฤติกรรมที่ดี เป็นต้น โดยที่ผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจว่ากิจกรรมใดจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสุขภาพ

1.5 สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (Self-care self-efficacy) สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ดี ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และต้องมีความมั่นใจในพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เช่น ความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถล้างไตทางช่องท้องได้ ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต และการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองดีจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีด้วย ซึ่งจะช่วยให้การล้างไตทางช่องท้องประสบความสำเร็จ การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (Curtin et al., 2008; Li et al., 2013) และพบว่า การดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยควรมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดวิถีคิดทางบวกและนำไปสู่การจัดการตนเองที่ประสบผลสำเร็จ

2. องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self management in everyday life) คือ การจัดการตนเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการด้านอารมณ์ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ และการแสดงบทบาทหน้าที่ตามปกติ เป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังให้เป็นไปอย่างปกติ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วยให้เข้ากับการดำเนินชีวิตตามปกติให้ได้ โดยทำความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย ทำใจยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจจะใช้ประสบการณ์ในอดีตมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต้องการดำเนินชีวิตและแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ มีการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่มีความยืดหยุ่น ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป มองการวินิจฉัยโรคหรือการพยากรณ์โรคในแง่บวกแต่ไม่ปฏิเสธความเป็นจริง มีความตระหนักถึงผลการรักษาที่มีข้อจำกัด ความไม่แน่นอนในชีวิต ยอมรับในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องจึงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความไม่แน่นอนในชีวิตที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคในระยะสุดท้าย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว และคงไว้ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตที่ปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องผนวกการรักษาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต โดยมีการจัดการตนเองที่เฉพาะกับโรคและวิธีการรักษา ดังนี้

1. การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีการสูญเสียโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ไปกับน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การมีน้ำยาค้างอยู่ในช่องท้อง ทำให้รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง และการขาดธาตุสังกะสี ทำให้ความรู้สึกในการรับรสเปลี่ยนแปลง จึงรับประทานอาหารได้น้อยลง และ

น้ำตาลในไตจะมีส่วนผสมของกลูโคสซึ่งจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกริว สาเหตุเหล่านี้จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ในขณะที่เดียวกันการได้รับพลังงานเพิ่มมากขึ้นจากน้ำตาลในไตทำให้เกิดปัญหาโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วนตามมาได้ บางรายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะต้านอินซูลิน มีภาวะไขมันในเลือดสูง นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมา ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม ดังนี้

1.1 โปรตีน ผู้ป่วยควรรับประทานโปรตีนให้เพียงพอเพื่อชดเชยโปรตีนที่สูญเสียไป โดยควรได้รับอย่างน้อยวันละ 1.2-1.3 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม (National Kidney Foundation, 2001) โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ขาว หากเป็นเนื้อหมูและไก่ ต้องไม่ติดมันหรือหนัง

1.2 คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพลังงานทั้งหมด โดยสามารถรับประทานข้าวได้มีอยู่ 2-3 ทัพพี แต่ต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานหรือน้ำตาล เนื่องจากกลูโคสที่อยู่ในน้ำตาลในไตจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายและเปลี่ยนเป็นพลังงานประมาณ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน จึงต้องควบคุมพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรตไม่ให้มากเกินไป (กรมการแพทย์, 2553)

1.3 ไขมัน ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานจากไขมันไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่ทำจากกะทิ หรือมีส่วนประกอบของเนย ครีม มาการีน ควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร ใช้แต่น้อยและใช้การผัดแทนการทอด (กรมการแพทย์, 2553)

1.4 โพแทสเซียม โดยปกติผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้บ่อยกว่าภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งปกติผู้ป่วยควรได้รับโพแทสเซียมประมาณวันละ 2,000-3,000 มิลลิกรัม ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมตามผลเลือด หากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงควรหลีกเลี่ยงผลไม้บางชนิด ได้แก่ กล้วย ส้ม มะละกอ แคนตาลูป ฟรุ้ง กระเทียม ลูกพรุน เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2553)

1.5 ฟอสฟอรัส ผู้ป่วยไตวายมักจะมีภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง ซึ่งจะทำให้ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง เกิดภาวะกระดูกบาง ฟอสเฟตในเลือดที่สูงขึ้นจะไปจับแคลเซียมในเลือดและไปเกาะตามเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ หลอดเลือดแดงแข็ง ตีบ หรืออุดตัน เมื่อมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงกว่าปกติ จึงควรงดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง เช่น ถั่วต่าง ๆ ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม ช็อคโกแลต และเครื่องในสัตว์ (กรมการแพทย์, 2553)

1.6 โซเดียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องจำกัดอาหารโซเดียมไม่ให้เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือคิดเป็นเกลือแกงประมาณ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วไม่เกิน 3-4 ช้อนชา

โดยทั่วไปจะแนะนำให้ใช้น้ำปลาหรือซีอิ้วในการประกอบอาหารได้มีโต๊ะ 1 ซ้อนชา และไม่ให้มีการเติมเพิ่มอีกระหว่างวัน (กรมการแพทย์, 2553)

2. การจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำดื่ม

ปริมาณน้ำที่ควรได้รับในแต่ละวันขึ้นอยู่กับ ค่าไรจากการล้างไต และปริมาณปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมาในแต่ละวัน บวกกับน้ำที่สูญเสียไปทางอุจจาระ เหงื่อ และลมหายใจ อีกประมาณ 500 มิลลิลิตร ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2553)

ปริมาณน้ำที่ควรได้รับ* = ค่าไรจากการล้างไต** + ปริมาณปัสสาวะ + น้ำ 500 ซีซี

*ปริมาณที่ควรได้รับ หมายถึง ปริมาณน้ำจากเครื่องดื่มทุกชนิด และอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น ก๋วยเตี๋ยว น้ำ แกง ข้าวต้ม แดงโม สับปะรด เป็นต้น

**ค่าไรจากการล้างไต หมายถึง ปริมาณน้ำยาที่ออกรวมทั้งวัน – ปริมาณน้ำยาที่เข้ารวมทั้งวัน

โดยเมื่อรู้สึกกระหายน้ำ ควรจิบน้ำทีละน้อย หรืออมน้ำแข็งให้ค่อย ๆ ละลาย (ปริมาณของน้ำแข็งต้องรวมกับปริมาณน้ำที่ดื่มด้วย) และควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เพราะจะทำให้กระหายน้ำมากขึ้น แต่ถ้ากินน้ำน้อยเกินไปจะทำให้มีอาการขาดน้ำ เช่น อ่อนเพลีย ปากแห้ง คอแห้ง หน้ำมืด เวลาลุกนั่ง ให้ค่อย ๆ จิบน้ำเพิ่มได้ทีละน้อย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีการประเมินสมดุลของน้ำในร่างกายด้วย และควรรีบติดต่อแพทย์หรือพยาบาล หากพบว่ามีอาการของภาวะน้ำเกิน ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2553; ภัคจิรา เบญญาปัญญา, 2552)

2.1 น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว (> 1 กิโลกรัมต่อวัน)

2.2 ความดันโลหิตสูง (> 180/110 มิลลิเมตรปรอท)

2.3 บวมบริเวณใบหน้า มือ และเท้า

2.4 เหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้

3. การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

แม้ว่าการล้างไตจะสามารถแก้ไขปัญหามาจากการทำงานของไตบกพร่องได้ส่วนหนึ่ง แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อแก้ไขภาวะต่าง ๆ ที่ไม่อาจบำบัดด้วยการล้างไตได้ทั้งหมด เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดเป็นกรด และระดับเกลือแร่ที่ผิดปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ข้อควรระวังต่าง ๆ ในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และหาวิธีแก้ไขได้ทัน นอกจากนี้ผู้ป่วยควรทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันของยาหลายชนิดที่ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกัน และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผลการรักษาเกิดประสิทธิผลสูงสุด (อุษณีย์ วรรณมณี, 2552)

4. การจัดการตนเองด้านการดูแลแผลช่องทางออกของสาย

แผลช่องทางออกของสายเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ หลังการผ่าตัดวางสายท่อล้างไตควรมีการปฏิบัติดังนี้ (กรวีร์ สุขมี, 2552; กรมการแพทย์, 2553)

4.1 การปฏิบัติตัวในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังการวางสาย

4.1.1 ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

4.1.2 ในระยะ 7 วันแรกหลังวางสายล้างไตทางช่องท้อง ให้หลีกเลี่ยงการเปิดแผล เนื่องจากแผลผ่าตัดเป็นแผลที่สะอาด การเปิดแผลทำให้เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรค ยกเว้นกรณีแผลมีเลือดซึมมากพยาบาลหรือแพทย์จะเป็นผู้เปิดและทำแผลเอง หลังวางสายล้างไตทางช่องท้องประมาณ 7-10 วัน ควรมาตรวจตามนัดเพื่อตัดไหม

4.1.3 ระวังการดึงรั้งของสายล้างไตทางช่องท้อง หรือการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเสียดสี การดึงรั้ง หรือการบิดหมุนของสาย ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายกับแผล ทำให้แผลหายช้าและมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น

4.1.4 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มความดันภายในช่องท้อง เช่น ออกแรงเบ่ง ไอ จาม และนั่งยอง ๆ เพราะจะทำให้สายเคลื่อนไปอยู่ผิดตำแหน่ง อาจเกิดการเลื่อนหลุดของสาย และแผลปริแยกได้

4.1.5 ระวังไม่ให้เกิดอาการท้องผูก เพราะจะทำให้เพิ่มความดันภายในช่องท้องเมื่อออกแรงเบ่ง หากท้องผูกให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบและรับประทานยาละลายตามท้องที่แพทย์สั่ง

4.1.6 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีน้ำ เลือด หรือหนองซึมออกจากแผล ถ้าปวดแผลมาก รอบแผลบวม แดง ร้อน ให้รีบมาพบแพทย์

4.1.7 หลังวางสายล้างไตทางช่องท้อง ให้รอประมาณ 2 สัปดาห์ จึงเริ่มล้างไตทางหน้าท้องได้ ดังนั้นในระยะนี้จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม งดอาหารเค็ม งดผลไม้ หากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่แล้วก็ให้ฟอกต่อไปจนกว่าจะได้เริ่มการล้างไตทางช่องท้อง

4.2 การปฏิบัติตัวหลังวางสาย 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยหรือญาติควรทำแผลรอบช่องทางออกของสายล้างไตทางช่องท้องทุกวันและทุกครั้งหลังอาบน้ำหรือเมื่อแผลเปียกชื้น ปิดด้วยก๊อสและดิคพลาสเตอร์ สถานที่ทำแผลต้องเป็นที่ลมสงบ เปิดประตูหน้าต่าง พัดลม และเครื่องปรับอากาศ และสวมผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการทำแผล ดังนี้

4.2.1 ล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

- 4.2.2 แกะแผลด้วยความนุ่มนวล
- 4.2.3 สังเกตคราบน้ำเหลืองหรือคราบเลือดที่ติดอยู่กับผ้าก๊อซและรอบแผล
- 4.2.4 ใช้มือสะอาดตรวจดูแผล โดยกดดูแผลว่ามีหนองไหลหรือไม่
- 4.2.5 ล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน หรือใช้น้ำยาล้างมือแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ
- 4.2.6 ใช้ไม้พันสำลีเช็ดข้อต่อด้วยน้ำเกลือล้างแผล 1-2 ไม้
- 4.2.7 พันข้อต่อด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ
- 4.2.8 เช็ดผิวหนังรอบแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (โพวิดีน) 1-2 ไม้ โดยเช็ดห่างจากแผล ประมาณ 1 เซนติเมตร เพื่อฆ่าเชื้อโรค และไม่เช็ดเข้าไปในแผลเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองแผล
- 4.2.9 เช็ดบริเวณปากแผลและสายด้วยน้ำเกลือล้างแผล 2-3 ไม้
- 4.2.10 ใช้ผ้าก๊อซปราศจากเชื้อซับให้แห้ง
- 4.2.11 รองใต้สายด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ
- 4.2.12 ปิดแผลด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ
- 4.2.13 ปิดแผลด้วยพลาสติกเอร์ฟาย์และเก็บสายต่อให้เรียบร้อย

5. การจัดการตนเองด้านการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต

ในขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยหรือญาติจะต้องเป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง วันละ 4 รอบ ห่างกันประมาณ 4-6 ชั่วโมง พร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกด้วยทุกครั้ง ซึ่งรูปแบบการเปลี่ยนน้ำยาในแต่ละวิธีจะแตกต่างกันไป และขึ้นอยู่กับหน่วยงานแต่ละแห่ง แต่มีหลักการที่คล้ายกัน คือ (ศุภชัย จูติอาชากุล, 2551)

- 5.1 การปิดฝาปิดปาก และจุ่มกหลายครั้งที่ผู้ป่วยอาจลืม ซึ่งการล้างมือก่อนแล้วมาปิดฝา อาจทำให้มือสกปรกได้
- 5.2 การล้างมือให้สะอาด และถูกวิธี รวมทั้งการเช็ดมือให้แห้ง เนื่องจากมือที่เปียกจะมีปริมาณเชื้อโรค และเพิ่มโอกาสในการเกิดการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียมากกว่ามือแห้ง ซึ่งก่อนการเปลี่ยนน้ำยาต้องล้างมือทุกครั้ง ในระหว่างการรอปถ่ายน้ำยาออก ระวังไม่ให้มือสะอาด รับประทานอาหาร แกะเล็บ เกาตามผิวหนัง เกาศีรษะ ถ้าไม่แน่ใจอาจล้างมือซ้ำอีก แต่อาจไม่สะดวกกรณีที่มีถุงน้ำยาปถ่ายออกมาเต็มแล้ว เนื่องจากอาจทำให้บริเวณแผลรอบสายเกิดการบาดเจ็บได้
- 5.3 การทำความสะอาดโต๊ะ หรือพื้นสำหรับเปลี่ยนน้ำยา ซึ่งมีข้อแนะนำที่ควรระวังคือ

5.3.1 ขนาดของโต๊ะสำหรับเปลี่ยนน้ำยาควรมีพื้นที่ประมาณ 1-1.5 เมตร x 0.6 - 0.8 เมตร หรือในกรณีที่ไมใช้โต๊ะ ควรมีพื้นที่สะอาดสำหรับเปลี่ยนน้ำยาแยกต่างหาก

5.3.2 โต๊ะหรือพื้นที่สำหรับเปลี่ยนน้ำยา ควรแยกไว้สำหรับเปลี่ยนน้ำยา โดยเฉพาะ ไม่ควรรับประทานอาหารหรือนำสิ่งของอื่นมาวางบนโต๊ะ

5.3.3 ทำความสะอาดโต๊ะโดยใช้สารละลายแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบนโต๊ะ โดยการเช็ดทางเดียว และไล่ลำดับลงมาจนกระทั่งครบพื้นที่บนโต๊ะ ควรเปลี่ยนสำลี 2- 4 ชั้น และเปลี่ยนสำลีใหม่สำหรับการเช็ดขอบ โต๊ะ ซึ่งต้องทำความสะอาดโต๊ะทุกครั้งที่จะมีการเปลี่ยนน้ำยา

5.4 การเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ถังน้ำยา (ควรตรวจเช็คขนาด ความเข้มข้น วันหมดอายุ การรั่วซึม อุณหภูมิของน้ำยาหากเก็บในตู้เย็น) อุปกรณ์เปลี่ยนน้ำยา เช่น ตัวหนีบ ตัวป้องกันการติดเชื้อ (Connection shield) น้ำยามาเชื้อ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามแต่ละวิธี ควรเตรียมอุปกรณ์ไว้ในที่สะอาดใกล้กับพื้นที่เปลี่ยนน้ำยา และควรเก็บไว้เป็นที่เฉพาะ ระวังเด็กหรือสัตว์

5.5 ขั้นตอนการเปลี่ยนสายน้ำยาขึ้นอยู่กับชนิดของสายและระบบที่ใช้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนตามวิธีที่เลือก ซึ่งในแต่ละวิธีจะมีคู่มือการเปลี่ยนน้ำยาอย่างชัดเจน

5.6 การปล่อยน้ำยาออกจนหมด จะสามารถทราบได้โดยการคลำที่บริเวณสายน้ำยา ซึ่งจะอุ่นน้อยลง (น้ำยาใหม่ที่ออกจะมีอุณหภูมิเท่ากับในร่างกาย จึงอุ่นกว่าน้ำยาที่ทิ้งไว้ภายนอก) หรือได้ในจำนวนที่ต้องการ ซึ่งในผู้ป่วยที่เปลี่ยนน้ำยาเป็นประจำ จะสามารถประมาณปริมาณน้ำยาและน้ำหนักได้

6. การจัดการตนเองด้านการควบคุมอารมณ์

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการจากโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย และวิธีการรักษาที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องทุกวัน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้ง่าย เช่น อารมณ์โกรธ กลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึกกับญาติหรือบุคคลที่ไว้วางใจ ได้เมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความวิตกกังวล ท้อแท้ การคิดในทางบวก และให้กำลังใจตนเอง และควรมีการผ่อนคลาย ความเครียดอย่างสม่ำเสมอ เช่น การอ่านหนังสือที่ให้กำลังใจ การสวนมนต์ การฟังเพลง หรือการฝึกผ่อนคลาย เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงควรทำความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต และตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต จึงจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Curtin et al., 2004; Curtin et al., 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ด้านอายุ ($r = .16, p = .035$) ระดับการศึกษา ($r = .17, p = .03$) ระยะเวลาในการรักษา ($r = .27, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .27, p = .001$) ซึ่งจากการศึกษาของ Curtin et al. (2008) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และจากการศึกษาของ คัทเลีย อุดติ และณัฐนิช จันทจิโกวิท (2550) พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษานี้ได้เลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้ในการจัดการตนเอง

ความรู้ในการจัดการตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลรักษาที่มีลักษณะเฉพาะ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวด้วย เช่น ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา การดูแลแผลบริเวณช่องทางออกของสาย การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การดำรงบทบาทในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวด้านอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีความรู้ในการจัดการตนเองจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (มยุรี ปัญญาสิม, 2551; จิราภรณ์ สุพลมาตย์, 2554; Curtin et al., 2004) การจัดการตนเองในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการมีชีวิตอยู่กับโรค ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเอง และมีการค้นคว้าหาความรู้เพื่อนำมาใช้จัดการความเจ็บป่วยของตนเองด้วย (Curtin et al., 2005; Costantini et al., 2008)

จากการศึกษาของ Li et al. (2013) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .43, p < .01$) และการศึกษาของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = .40, p < .01$) ส่วนการศึกษาของ จิราภรณ์ สุพลมาตย์ (2554) พบว่า ความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดผูกพัน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดได้ด้วยตนเอง ครอบครัวจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (มยุรี ปัญญาสิม, 2551; สุธาสินี เรียมจันทร์; 2554)

จากการศึกษาของ Li et al. (2013) พบว่า การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .37, p < .01$) และการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = .45, p < .01$) ส่วนการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ($r = .29, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วนิตา คู่เคียงบุญ (2551) พบว่า หนึ่งในปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ การสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราวรรณ สินธุพัทธ์, รัตยา จิระเดชประไพ และวรรณฯ พิมพานุวัตร (2549) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวิธีอื่น ๆ (Lin et al., 2011) ทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะของโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย ความรุนแรงของโรครวมที่เพิ่มมากขึ้น ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และการรักษาที่ยาวนาน อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (ศิริอร สินธุ และคณะ, 2554; Lin et al., 2011) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพได้เป็นปกติ รวมทั้งไม่สามารถดำเนินการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ การจัดการตนเองจึงไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา (Hedayati et al., 2008; Li et al., 2013)

จากการทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการศึกษาของ ศิริอร สินธุ และคณะ (2554) เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 31 และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = -.47, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li et al. (2013) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเอง ($r = -.49, p < .01$)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองหลายปัจจัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องยังมีอยู่จำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ จึงคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะสามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ ส่วนปัจจัยในด้าน อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ได้เลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการรักษาที่ต้องการการจัดการตนเองเป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกรล้างไตด้วยตนเองขณะทำการรักษาที่บ้าน และต้องมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษาอย่างสูงสุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องยังมีอยู่จำกัด ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง

ของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยในด้าน ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ จึงคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ โดยปัจจัยในด้านความรู้ในการจัดการตนเอง และภาวะซึมเศร้านั้น ได้มาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin et al. (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ในการจัดการตนเองและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาวิธีนี้จะต้องมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน เพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องสามารถดำเนินต่อไปได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและการรักษาได้อย่างปกติสุข รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 215 ราย (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2556)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถดำเนินการล้างไตด้วยตนเองได้
3. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Tabachnick and Fidell (2001) ดังนี้

$$N \geq 50 + 8m$$

เมื่อ N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

m คือ จำนวนตัวแปร

ในการศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปร

$$\text{แทนค่าในสูตร } N \geq 50 + 8(3)$$

$$N \geq 74 \text{ คน}$$

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 74 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยา มีการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาภายหลังการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกราย โดยมีนัดผู้ป่วยวันละประมาณ 25-30 ราย ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน 3 เดือน คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2557

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการสำรวจจากแฟ้มเวชระเบียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยให้ลำดับหมายเลขกลุ่มตัวอย่างไว้ และทำการสุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการจับฉลากระหว่างเลขคู่กับเลขคี่ หากจับได้เลขคู่หรือเลขคี่ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับเลขนั้น ผู้ที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในครั้งต่อไปจะไม่ถูกสุ่มอีก กรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยข้ามการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายนั้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 1) ลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ ความเพียงพอของรายได้อีกกับรายจ่าย 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา การดูแลแผลบริเวณช่องทางออกของสาย การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การดำรงบทบาทในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวด้านอารมณ์

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ในการจัดการตนเอง ของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 (สุพิชา อัจฉิตการ, 2555) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ในการจัดการตนเองด้านการแพทย์ จำนวน 19 ข้อ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน จำนวน 2 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 0 – 24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต่อการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงานที่มีความสนิทสนมเปรียบเสมือนคนในครอบครัว ใน การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุพิชา อัจฉิตการ (2555) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ศุภรา โถตันคำ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยสุพิชา อัจฉิตการ (2555) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีการปรับภาษาในข้อคำถาม แต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 (สุพิชา อัจฉิตการ, 2555) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 1 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------------------|---------|--|
| 1 = ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย |
| 2 = เห็นด้วยน้อย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย |
| 3 = เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็น |
| ส่วนมาก | | |
| 4 = เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก |

เกณฑ์การแปลผล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 12 – 48 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามระบบ DSM-IV และนำมาปรับใช้ในคนไทย โดย Lotrakul et al. (2008) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 มีค่าความไวเท่ากับ .84 และค่าความจำเพาะเท่ากับ .77 (Lotrakul et al. 2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ

ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และเกณฑ์การให้ คะแนน มีดังนี้

- 0 = ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่มีอาการตามข้อนั้น
- 1 = มีบางวันไม่บ่อย หมายถึง ท่านมีอาการตามข้อนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 = มีค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านมีอาการตามข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 = มีเกือบทุกวัน หมายถึง ท่านมีอาการตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

เกณฑ์การแปลผล แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ในช่วง 0 – 27 คะแนน คะแนนรวมน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีอาการปกติ คะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนน ขึ้นไป หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการตนเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม ของบุคคลที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่ปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการจัดการตนเองของ สุชาลินี วีระเดชะ (2554) ซึ่งสร้างขึ้น ตามแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Curtin et al. (2005) นำไปใช้กับผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 (สุชาลินี วีระเดชะ, 2554) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยการจัดการตนเองใน 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้านย่อย คือ การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการดูแล การปฏิบัติตามแผนการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 2) องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการ จัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การจัดการกับอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล รวมถึงการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และบทบาทตามปกติ จำนวน 11 ข้อ

ลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีกิจกรรมตามข้อนี้
2 = เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมนี้น้อยมาก หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
3 = ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมนี้นับบางครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
4 = มาก	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมนี้นับบ่อยครั้ง หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
5 = มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีกิจกรรมนี้ทุกวัน

เกณฑ์การแปลผล แบบสอบถามการจัดการตนเองมีคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 40 – 200 คะแนน แปลผลโดยใช้ผลรวมค่าคะแนนหารด้วยจำนวนข้อ (สุวิมล ติรกานันท์, 2550) แบบสอบถามมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ทั้งรายด้านและรายรวม แบ่งระดับการจัดการตนเองออกเป็น 4 ระดับ และใช้เกณฑ์เดียวกันทั้งรายด้านและรายรวม ดังนี้

1.00 – 2.00 คะแนน	หมายถึง	ต้องปรับปรุงการจัดการตนเอง
2.01 – 3.00 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองพอใช้
3.01 – 4.00 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองดี
4.01 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	มีการจัดการตนเองดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว โดยการศึกษาครั้งที่ผ่านมามีได้ นำแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามการจัดการตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .79 และ .84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ Thai hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ($r = .56, p > .001$) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเอง มาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงใด ๆ จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .80 และ .90 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวหรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ และในระหว่างเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย วิงเวียน ปวดศีรษะ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และให้การพยาบาลจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการทุเลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินภาวะซีมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซีมเศร้า ผู้วิจัยได้รายงานให้พยาบาลทราบเพื่อส่งต่อไปให้แพทย์ทำการตรวจรักษาต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยได้เก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ - สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อ - สกุล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
 2. หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และผู้รับผิดชอบคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจ โดยผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ซึ่งค่อนข้างเงียบและเป็นส่วนตัว ใกล้กับแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม
 5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หากมีข้อสงสัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาทีต่อคน
- หลังจากตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 35 คน ผู้วิจัยได้รายงานพยาบาลประจำคลินิกเพื่อส่งต่อให้แพทย์ทำการตรวจรักษาต่อไป
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว และนำข้อมูลที่ได้อัปโหลดขึ้นระบบข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เลือกสรรกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. ความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2557 ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยมีรายละเอียดแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง และการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ลักษณะทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
ลักษณะทั่วไป ($N = 74$)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	39.2
หญิง	45	60.8
อายุ ($Min = 23, Max = 74, M = 55.72, SD = 12.25$)		
20 – 40 ปี	9	12.2
41 – 60 ปี	37	50
61 ปีขึ้นไป	28	37.8
สถานภาพสมรส		
โสด	13	17.6
คู่	43	58.1
หม้าย	14	18.9
หย่า/แยก	4	5.4
สิทธิการรักษา		
สิทธิข้าราชการ	1	1.4
ประกันสังคม	4	5.4
บัตรประกันสุขภาพ	69	93.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.7
ประถมศึกษา	56	75.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	4.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	8.1
อนุปริญญา/ปวส.	5	6.8
ปริญญาตรี	2	2.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	75.7
ประกอบอาชีพ	18	24.3
ค้าขาย	6	33.33
รับจ้าง	5	27.78
เกษตรกรรม	3	16.67
อื่น ๆ (แม่บ้าน, เกษียณ)	4	22.22
สถานภาพในครอบครัว		
ผู้นำครอบครัว	15	20.3
สมาชิกครอบครัว	59	79.7
สมาชิกที่มีรายได้	8	13.56
สมาชิกที่ไม่มีรายได้	51	86.44
บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	28	37.8
บุตร	34	45.9
บิดา/มารดา	4	5.4
ญาติพี่น้อง	6	8.1
เพื่อนบ้าน	2	2.7
รายได้ ($M = 11,625.68$, $SD = 11,161.40$)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	18	24.3
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	34	45.9
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	7	9.5
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	9	12.2
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	6	8.1
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
เพียงพอ	39	52.7
ไม่เพียงพอ	35	47.3

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 74 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย 55.72 ปี ($SD = 12.25$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 – 60 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.1 ใช้สิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 93.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 75.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.7 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 79.7 และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 86.44 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,625.68 บาท ($SD = 11,161.40$) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 52.7

2) ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ($N = 74$)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	5	3.62
มี	69	96.38
โรคหัวใจ	17	24.64
โรคเบาหวาน	39	56.52
โรคความดันโลหิตสูง	57	82.61
ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง	17	24.64
อื่น ๆ (เก๊าท์)	3	4.35

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ($M = 2.82, SD = 1.38$)		
3 เดือน – 1 ปี	14	18.9
1.1 – 2 ปี	22	29.7
2.1 – 3 ปี	14	18.9
3.1 – 4 ปี	11	14.9
มากกว่า 4 ปี	13	17.6
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ($M = 1.91, SD = 1.11$)		
3 เดือน – 1 ปี	36	48.6
1.1 – 2 ปี	20	27
2.1 – 3 ปี	9	12.2
3.1 – 4 ปี	7	9.5
มากกว่า 4 ปี	2	2.7
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	33	44.6
มี	41	55.4
การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง	29	70.73
การติดเชื้อที่อุโมงค์ช่องทางออกของสาย	4	9.76
การติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสาย	1	2.44
ภาวะน้ำเกิน	11	26.83
อื่น ๆ (เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ)	1	2.44

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.38 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.61 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 2.82 ปี ($SD = 1.38$) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1.1 – 2 ปี ร้อยละ 29.7 และได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 1.91 ปี ($SD = 1.11$) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในช่วง 3 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 48.6 และ

หลังได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ร้อยละ 55.4 โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 70.73 รองลงมาคือ ภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 26.83

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง และการจัดการตนเอง

ความรู้ในการจัดการตนเอง

ความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ความรู้ในการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และความรู้ในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ นำเสนอเป็นช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในการจัดการตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$)

ความรู้ในการจัดการตนเอง	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>
	คะแนนที่เป็นได้	คะแนนที่ได้		
ด้านการแพทย์	0 – 19	14 – 19	17.16	1.46
ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน	0 – 2	0 – 2	1.82	.51
ด้านอารมณ์	0 – 3	2 – 3	2.91	.29
รวม	0 – 24	18 – 24	21.90	1.65

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองโดยรวมสูง ($M = 21.90$, $SD = 1.65$) จากคะแนนเต็ม 24 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ มีคะแนนเกือบเต็ม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในแต่ละด้านสูง

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุน

ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน นำเสนอเป็นช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$)

การสนับสนุนจากครอบครัว	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้		
ด้านอารมณ์	5 – 20	12 – 20	18.27	2.35
ด้านการประเมิน	2 – 8	3 – 8	6.77	1.32
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3 – 12	5 – 12	10.49	1.85
ด้านสิ่งของ การเงิน และ แรงงาน	2 – 8	4 – 8	7.27	1.02
รวม	12 - 48	30 – 48	42.80	5.34

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมสูง ($M = 42.80$, $SD = 5.34$) จากคะแนนเต็ม 48 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้าน อารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงานมีคะแนนเฉลี่ยสูง เช่นกันเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงทุกด้าน

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็นช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ($N = 74$)

ภาวะซึมเศร้า	ช่วงคะแนน		จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้				
มีภาวะซึมเศร้า (≥ 9)	9 - 27	9 - 19	35	47.3	12.17	2.65
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 9)	0 - 8	0 - 8	39	52.7	4.44	2.77

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนใกล้เคียงกัน โดยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.3 ($M = 12.17, SD = 2.65$) และไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.7 ($M = 4.44, SD = 2.77$)

การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ และองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน นำเสนอเป็นคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเอง แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน ($N = 74$)

การจัดการตนเอง (คะแนนเต็ม 5)	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการจัดการตนเอง
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	4.06	.44	ดีมาก
1.1 ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.78	.75	ดี
1.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	3.96	.69	ดี
1.3 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	4.48	.51	ดีมาก
1.4 ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	4.42	.48	ดีมาก
1.5 ด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	3.76	.71	ดี
2. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	3.76	0.77	ดี
รวม	4.00	.48	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.00, SD = 0.48$, จากคะแนนเต็ม 5) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในองค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.06, SD = .44$) ส่วนด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ($M = 3.76, SD = .77$) ในด้านย่อยขององค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ ไม่มี Outlier ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 74$)

ตัวแปร	1	2	3	4
ความรู้ในการจัดการตนเอง	1			
การสนับสนุนจากครอบครัว	.33*	1		
ภาวะซึมเศร้า	.05	-.33*	1	
การจัดการตนเอง	.42**	.62**	-.47**	1

* $p < .01$ ** $p < .001$

จากผลการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันในตารางที่ 7 พบว่า ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, r = .62, r = -.47, p < .001$, ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยวิธี Stepwise จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ ไม่มี Outlier ไม่มี Multicollinearity ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.02

ไม่เกิด Autocorrelation ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 74$)

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	Beta	R ² Change	
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.45**	.40**	.382	Intercept = 31.16
ภาวะซึมเศร้า	-1.43**	-.35**	.079	R ² = .543, F(3, 70) = 27.70**
ความรู้ในการจัดการตนเอง	3.57*	.31*	.082	

* $p < .01$, ** $p < .001$

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise ในตารางที่ 8 พบว่า ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .40, p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.35, p < .001$) และความรู้ในการจัดการตนเอง ($\beta = .31, p < .01$)

สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\text{การจัดการตนเอง} = 31.16 + 1.45(\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}) - 1.43(\text{ภาวะซึมเศร้า}) + 3.57(\text{ความรู้ในการจัดการตนเอง})$$

2. สมการในรูปแบบมาตรฐาน

$$Z_{\text{การจัดการตนเอง}} = .40(Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}) - .35(Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}}) + .31(Z_{\text{ความรู้ในการจัดการตนเอง}})$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ อธิบายได้ว่า เมื่อการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 1.45 หน่วย เมื่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะลดลง 1.43 หน่วย และเมื่อความรู้ในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น 3.57 หน่วย

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 74 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยกำหนดคุณสมบัติคือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถดำเนินการล้างไตด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเอง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และแบบสอบถามการจัดการตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .80 และ .90 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 74 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย 55.72 ปี ($SD = 12.25$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 58.1 ใช้สิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 93.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 และไม่ได้

ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.7 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 79.7 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,625.68 บาท ($SD = 11,161.40$) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 52.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในช่วง 3 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 48.6 และหลังได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ร้อยละ 55.4 โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 70.73

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองสูง ($M = 21.90, SD = 1.65$) ในรายด้านพบว่า ความรู้ในการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงทุกด้าน และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง ($M = 42.80, SD = 5.34$) ในรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงทุกด้าน ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 47.3 ($M = 12.17, SD = 2.65$) กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.00, SD = .48$) โดยองค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.06, SD = .44$) ส่วนองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.76, SD = .77$)

3. ปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, r = .62, r = -.47, p < .001$, ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .40, p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.35, p < .001$) และความรู้ในการจัดการตนเอง ($\beta = .31, p < .01$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลตามหัวข้อดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55.72 ปี ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยทางด้านอายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะเกิดความเสื่อมของอวัยวะตามวัย อาจ

ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาในครั้งนี้พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาสินี วีระเดชะ (2554) และสุพิษา อัจฉิการ (2555) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50.43 – 64.12 ปี และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพ สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องให้เป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าวได้ และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 37.8 ซึ่งเป็นไปตามหลักการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีนี้ ที่ต้องมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน เพื่อคอยให้การช่วยเหลือการล้างไตทางช่องท้องให้ดำเนินต่อไปได้หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง

2. ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และการจัดการตนเอง

2.1 ความรู้ในการจัดการตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเอง โดยรวมสูง ($M = 21.90$, $SD = 1.65$) จากคะแนนเต็ม 24 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยของคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550) ที่กำหนดให้มีการประเมินและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้ารับการรักษา โดยคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติดังกล่าวคือ มีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงแนวทางปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและวิธีการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องผ่านการประเมินว่ามีความรู้ และสามารถปฏิบัติได้จริงร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะสามารถวางสายล้างไตทางช่องท้องได้ นอกจากนี้หลังการวางสายล้างไตทางช่องท้องแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องได้รับการประเมินการปฏิบัติการล้างไตอีกจนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และเมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านจะมีการนัดมาติดตามการรักษาและมีการฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตของผู้ป่วยอีกครั้ง (Re-training) เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเองและ

ทบทวนความรู้เมื่อเกิดข้อสงสัย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพิชา อัจฉิการ (2555) พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระดับสูง และการศึกษาของ Costantini et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ เพื่อนำมาใช้ในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ต้องปฏิบัติเองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเป็นอย่างดี นอกจากนี้การศึกษาของ Liang et al. (2011) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลโทรศัพท์สอบถามกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านการแพทย์ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์

2.2 การสนับสนุนจากครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัว โดยรวมสูง ($M = 42.80$, $SD = 5.34$) จากคะแนนเต็ม 48 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกที่ไม่มีรายได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลในด้านต่าง ๆ จากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) และสุพิชา อัจฉิการ (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีบุตรและภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก และไม่ได้ประกอบอาชีพ อีกทั้งการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยเองทั้งหมด (Home-based therapy) ความสำเร็จของการรักษาส่วนหนึ่งเกิดจากแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยประคับประคองการรักษาให้ดำเนินต่อไปได้ และโดยพื้นฐานของสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะให้การดูแลเอาใจใส่ แสดงความรักความห่วงใยและให้กำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง

2.3 ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังมาก่อนที่จะรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 96.38 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของการรักษาที่ไม่สามารถทำงานหนัก ยกของหนักหรือออกแรงแบ่ง เนื่องจากมีสายล้างไตติดหน้าท้องตลอดเวลา เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง จนเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริอร ลินธุ และคณะ (2554) และการศึกษาของ Lin et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 31- 36.3 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริอร ลินธุ และคณะ, 2554) รวมไปถึงปัจจัยด้าน โรคเรื้อรังและการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อันเป็นการรักษาที่มีขั้นตอนซับซ้อน และต้องควบคุมการปฏิบัติด้วยตนเอง อีกทั้งผลการรักษาหรือการควบคุมภาวะของโรคจะได้ผลดีหรือไม่ นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยได้ และหากไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด ดังเช่นการศึกษาของ Lin et al. (2011) พบว่า การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.4 การจัดการตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.00, SD = .48$) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.09, SD = .44$) ส่วนองค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ($M = 3.76, SD = .77$) ทั้งนี้เนื่องมาจากมาตรฐานการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน และมีการจัดอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับ ติดตามและดูแลผู้ป่วยเพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างครบถ้วนก่อนการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเมื่อตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีนี้แล้ว จะได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้องจะเป็นผู้สอนและฝึกทักษะการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จนกลุ่ม

ตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา มีความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาด้วยตนเองได้ ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองจึงอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธาสิณี วีระเคชะ (2554) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการ (2555) ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 1.91 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาานพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ในการรักษา มีการปรับตัว และเรียนรู้การมีชีวิตร่วมกับโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการรักษา และสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ รุ่งทิพย์ สีนวลแล (2546) พบว่าระยะเวลาในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ดีขึ้น และการศึกษาของ คัทลียา อุกติ และณัฐนิช จันทจิโกวิท (2550) พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

ในองค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้านย่อย โดยในด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี สามารถอภิปรายตามรายด้าน ดังนี้

ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.48, SD = .51$) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านจัดเก็บยาของท่านได้ถูกวิธี เช่น ยาฮอร์โมนชนิดฉีดเพื่อกระตุ้นในการสร้างเม็ดเลือดแดงเก็บไว้ในตู้เย็น ($M = 4.68, SD = .53$) รองลงมาคือ ท่านเก็บน้ำยาล้างไตในบริเวณที่แห้ง สะอาด ไม่ร้อนจัด จัดเรียงน้ำยาที่หมดอายุก่อนไว้ชั้นบนสุด ($M = 4.62, SD = .57$) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการใช้ยา และเมื่อต้องจ่ายยานี้ดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปฉีดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านนั้น เจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีการเน้นย้ำให้มีการเก็บรักษาอย่างถูกวิธี เพื่อการคงประสิทธิภาพของยาอย่างสูงสุด และจะจ่ายยาให้ต่อเมื่อผู้ป่วยได้เตรียมอุปกรณ์บรรจุพร้อมน้ำแข็งเพื่อรักษาอุณหภูมิให้คงที่ ส่วนการเก็บรักษา น้ำยาล้างไตเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และการจัดเรียงอย่างถูกวิธี ทำให้สะดวกต่อการหยิบมาใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทาง

ช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติตามแผนรักษาในเรื่องการใส่ยา มากกว่าการรับประทานอาหาร และจำกัดน้ำดื่ม และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านเพิ่มปริมาณอาหาร โปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา ในแต่ละมื้ออาหาร ($M = 3.96, SD = .87$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะของโรคที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความอยากอาหารลดลง ประกอบกับแนวทางการรักษาที่ต้องรับประทาน โปรตีนคุณภาพสูงคือ ไข่ขาวและเนื้อปลาคิดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และต้องรับประทานอาหาร ที่มีรสจืด จึงอาจทำให้มีอาการเบื่ออาหาร นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจเป็นผู้เตรียมอาหาร ซึ่งอาจไม่มีความ เข้าใจในการเตรียมอาหารเฉพาะ โรคแก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรุณรัศมี สาทิ (2554) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะก่อนบำบัดทดแทนไตพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับ โรคเนื่องมาจากความชอบในการรับประทานอาหารส่วนบุคคล และส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับรสชาติ อาหารพื้นบ้าน การขาดความรู้ในการจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค และการรับประทานอาหาร ร่วมกับครอบครัว ที่ผู้ปรุงอาหารไม่ได้แยกทำอาหารเฉพาะ โรค

ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา และอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.42, SD = .48$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านงดเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ($M = 4.70, SD = .77$) รองลงมาคือ ท่านสังเกตและจดบันทึกลักษณะและปริมาณน้ำยา ล้างไต เมื่อทำการเปลี่ยนน้ำยาทุกครั้ง ($M = 4.65, SD = .54$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วย เรื้อรังและภาวะของโรคที่อยู่ระยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไต ทางช่องท้อง แสดงว่าเป็นผู้ที่ใส่ใจในการดูแลรักษาสุขภาพและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำ และอาจ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งโดยปกติไม่ได้มีการดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน จึงทำ ให้ข้อนี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนการสังเกตและจดบันทึก ลักษณะและปริมาณน้ำยาล้างไต เมื่อทำ การเปลี่ยนน้ำยาทุกครั้งนั้น อธิบายได้ว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพมีการสอนและฝึกทักษะการล้างไต มาเป็นอย่างดี อีกทั้งการบันทึกการเปลี่ยนน้ำยาจะต้องลงบันทึกรายละเอียดทุกครั้ง ซึ่งพยาบาลล้าง ไตทางช่องท้องจะเน้นย้ำแก่กลุ่มตัวอย่างทุกครั้งถึงการลงบันทึกเมื่อมาติดตามการรักษา ส่วนข้อที่มี คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน ($M = 3.86, SD = .91$) ซึ่งอาจเป็นผลมา จากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน เกิดความเครียด เบื่ออาหาร และรับประทานอาหาร ได้น้อยลง หรืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีการหลีกเลี่ยงผักและผลไม้บางชนิด เช่น ผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าใจอย่างลึกซึ้งจะไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าผักและ ผลไม้ชนิดใดบ้างที่รับประทานได้ อย่างไรก็ตามการเลือกรับประทานผักและผลไม้ยังขึ้นอยู่กับ ระดับเกลือแร่ในเลือดในขณะนั้นด้วย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ยากลำบากซับซ้อน จึงทำให้ข้อนี้มีคะแนน

เฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องการรับประทานอาหารมากที่สุด

ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.96, SD = .69$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เช่น น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง ท่านตัดสินใจว่าท่านจะมาพบแพทย์ โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด ($M = 4.55, SD = .86$) รองลงมาคือ ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ($M = 4.28, SD = .84$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเตรียมพร้อมทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฝึกปฏิบัติการล้างไตจนเกิดความชำนาญ และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จึงปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์มาสอบถามกับพยาบาลล้างไตทางช่องท้อง ได้เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Curtin and Mapes (2001) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการใช้แหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับผลการตรวจเลือด เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ($M = 3.51, SD = 1.08$) จากการสังเกตพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด เจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีการแจ้งผลเลือดให้ผู้ป่วยทราบก่อน และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ แพทย์จะแจ้งผลเลือดให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจึงรับทราบผลเลือดของตนเองอยู่แล้วจึงไม่ได้ซักถามผลการตรวจเลือด ดังนั้นในข้อนี้จึงมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ด้านการติดต่อสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = .75$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับสถานที่ในการล้างไต ($M = 4.23, SD = .85$) รองลงมาคือ ท่านได้รับความรู้เรื่องการเจ็บป่วย การรักษา วิธีปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล ($M = 4.08, SD = .90$) อธิบายได้ว่าคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา วางสายล้างไตทางหน้าท้อง ทั้งในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการล้างไต ตลอดจนมีการเยี่ยมบ้านทั้งก่อนการผ่าตัดวางสายล้างไตและหลังจากกลุ่มตัวอย่างกลับไปรักษาที่บ้าน เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่านโทรศัพท์หรือขอคำปรึกษากับแพทย์ พยาบาล หรือ

เกสัชกร ($M = 3.23, SD = 1.41$) รองลงมาคือ ท่านถามเพื่อนผู้ป่วยที่ทำการล้างไต เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนวทางการรักษา เช่น การรับประทานอาหารเมื่อมีอาการบวม การปฏิบัติเมื่อน้ำยาล้างไตขุ่น ($M = 3.26, SD = 1.23$) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ จนมีความเข้าใจเป็นอย่างดี อีกทั้งระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและระยะเวลาในการรักษานานพอที่จะทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการดูแลตนเองและการรับประทานยา และยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นชนิดเดิมที่เคยใช้รักษา กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา

ด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.76, SD = .71$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการเตรียมเครื่องมือ ของใช้ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตได้ถูกต้อง โดยยึดหลักปลอดภัย ($M = 4.53, SD = .69$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมพร้อมในการล้างไตมาเป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยยาวนาน 1.91 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่พอที่จะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติ เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะและความชำนาญ (Curtin et al., 2004) จึงทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างไตได้อย่างถูกต้อง ดังเช่นการศึกษาของ Lam et al. (2013) พบว่า ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการไม่ปฏิบัติตามในเรื่องการล้างไต แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตนานกว่าจะมีการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ ถึงแม้ท่านจะยุ่งมาก ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการตนเองให้ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ทั้งยารับประทานและยาฉีด ($M = 4.51, SD = .58$) เนื่องจากการรับประทานยาเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องการใช้ยา (Lam et al., 2010) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการเมื่อเกิดสายล้างไตตก/ หล่น ข้อต่อหลุด หรือมีน้ำยาล้างไตรั่วจากสายล้างไตได้ ($M = 2.81, SD = 1.59$) รองลงมาคือ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการอาการผิดปกติด้วยตัวท่านเอง เช่น บวม นอนไม่หลับ หรือมีอาการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ($M = 2.99, SD = 1.40$) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกินกว่าที่ตนเองจะสามารถจัดการได้ จึงไม่มั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขภาวะผิดปกติได้ด้วยตนเอง

องค์ประกอบด้านการดำเนินชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.76, S.D. = .77$) ทั้งนี้เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น สามารถปรับเปลี่ยนเวลาในการล้างไตได้เอง ไม่ต้องมารอ

รับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Curtin et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในการรักษาของตนเอง แม้ว่ากระบวนการในการจัดการตนเองค่อนข้างซับซ้อน แต่สามารถประยุกต์ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านสามารถจัดการปรับเปลี่ยนเวลาในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตได้อย่างเหมาะสม ($M = 4.26, SD = .91$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงความจำเป็นในการล้างไตทางช่องท้อง ถึงแม้ว่าจะต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-5 รอบ กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถจัดตารางเวลาในการปล่อยน้ำยาล้างไตเข้า-ออกช่องท้องให้เหมาะสมกับภาระงานหรือวิถีชีวิตของตนเองได้เป็นอย่างดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงมีเวลาในการดูแลตนเอง ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ ท่านมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานได้เหมือนเดิม ($M = 4.24, SD = .96$) แสดงให้เห็นว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยต้องการมีสัมพันธภาพและแสดงบทบาทหน้าที่ตามปกติ (Curtin et al., 2005) สัมพันธภาพกับบุคคลต่าง ๆ จึงไม่เปลี่ยนแปลง และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสได้ตามปกติ ($M = 1.30, SD = .82$) รองลงมาคือ ท่านสามารถไปธุระต่างจังหวัด เมื่อมีความจำเป็นท่านสามารถค้างคืนได้ ถึงแม้ว่าท่านได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และท่านสามารถประกอบอาชีพของท่านได้เหมือนเดิม หรือปรับเปลี่ยนงานไปตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ($M = 3.58, SD = 1.34, M = 3.78, SD = 1.17$, ตามลำดับ) ทั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะของโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 61 ปีขึ้นไป ประกอบกับอาจมีความต้องการทางเพศลดลง และอาจกลัวสายล้างไตหลุด ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง และไม่สามารถประกอบอาชีพเช่นเดิมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณูปวนิช (2547) ที่ศึกษาเรื่อง เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและคู่สมรสในภาคใต้พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ 1) ความต้องการทางเพศลดลง 2) ไม่มีความต้องการทางเพศ และ 3) อวัยวะเพศชายแข็งตัวยาก ส่วนปัญหาของคู่สมรสได้แก่ 1) กลัวเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 2) มีความต้องการทางเพศลดลง และ 3) ไม่มีความต้องการทางเพศ ส่วนข้อที่ว่าสามารถไปธุระต่างจังหวัดและค้างคืนได้มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาจากน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความกังวลกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ทั้งในเรื่องสถานที่เวลา หรือความสะดวกในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต

อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 55.4 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 70.73 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับการรักษา

ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 ปีแรก ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มต้น และฝึกฝนการล้างไตก่อนที่จะพัฒนาจนเกิดความชำนาญ และการศึกษารั้งนี้ได้สอบถาม การจัดการตนเองใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเกิดขึ้นมาแล้ว นานกว่า 1 เดือน ประสบการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจึงทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ มีความตระหนัก และใส่ใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

3. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะ ซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .40, p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.35, p < .001$) และความรู้ในการจัดการตนเอง ($\beta = .31, p < .01$)

ในการศึกษารั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายการจัดการตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุผลหลาย ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีอาการของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะ สุดท้าย และภาวะของโรคที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมด้วยตนเองได้ทั้งหมด และหากมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถล้างไตทางช่องท้องเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการ ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น เป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไตแทนผู้ป่วย ช่วยเหลือใน การจัดเตรียมอาหารและยา และการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมา รับการตรวจรักษาด้วย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีข้อ สงสัย เกิดความไม่เข้าใจ หรือปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง สมาชิกครอบครัวจึงเป็นบุคคลแรกที่จะให้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นหรือช่วยชี้แนะให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ยิ่งไปกว่านั้นภาวะการเจ็บป่วย เรื้อรังและการรักษาที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ครอบครัวเป็นผู้ที่ อยู่ใกล้ชิด ที่คอยช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่ และเป็นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยได้อย่างดีเยี่ยม สะท้อนให้เห็น ว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี ช่วยให้อุปสรรคอย่างเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้องและการดำรงชีวิตประจำวันอย่างป็นปกติ รวมไปถึงมี กำลังใจในการมีชีวิตอยู่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และ นำไปสู่การจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ สุพิชา อาจจิตการ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้ นอกจากนี้การศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) เรื่อง การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองได้

สำหรับปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Lin et al., 2011) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 47.3 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และสนใจการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขาดความกระตือรือร้นในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ไม่สนใจการทำแผลที่หน้าท้อง ไม่อยากรับประทานอาหารและยา รวมไปถึงการไม่ดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลด้วย ซึ่งอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Troidle et al., 2003) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญและรุนแรงส่งผลกระทบต่อการรักษา ทำให้การจัดการตนเองไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และอาจทำให้ต้องยุติการรักษาได้ (Troidle et al., 2003; Tsay & Healstead, 2002) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจึงทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ดังการศึกษาของ ศิริอร ลินธู และคณะ (2554) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการศึกษาของ Li et al. (2013) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ในการจัดการตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้ในการจัดการตนเอง มีแนวโน้มที่จะมีการจัดการตนเองที่ดีตามไปด้วย เนื่องจากการมีความรู้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Costantini et al., 2008) ดังเช่นการศึกษาของ Li et al. (2013) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการ (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ และความรู้เป็นยังเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่น่าจะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดการตนเองในระดับสูง ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างเพียงพอ เนื่องจากการรักษาที่เกิดขึ้นที่บ้าน ประกอบกับการล้างไตทุกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในที่เหมื่อนนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ ทั้งนี้การสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างแท้จริง เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจะเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ จนเกิดเป็นพฤติกรรมต่อเนื่อง และมีความตระหนักถึงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติเป็นอย่างดี จะสามารถตัดสินใจได้ว่าพฤติกรรมใดควรหรือไม่ควรปฏิบัติ สามารถประเมินถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยประเมินตนเองได้ว่ามีภาวะน้ำเกิน หากผู้ป่วยมีความรู้จะสามารถเลือกความเข้มข้นของน้ำยาล้างไตได้ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มีความรู้จึงมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีตามไป ด้วยสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของทีกล่าวว่าการสอนให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (Curtin et al., 2005) อย่างไรก็ตาม ทีมสุขภาพและผู้ป่วยจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และควรให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปสู่การไปปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเรื่องการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการล้างไต เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และมีแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน หรือการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลการล้างไตได้สนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการล้างไตและปัญหาที่พบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา และเป็นการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็งต่อไป

1.2 ควรให้ความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 47.3 โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา และ

หลังเข้ารับการรักษาเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อเป็นการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและเร่งดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

1.3 ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้คำปรึกษา รายบุคคลหรือรายกลุ่ม ส่งเสริมการจัดกิจกรรมบำบัด เช่น การฝึกสมาธิ การจัดกิจกรรมนันทนาการแก่ผู้ป่วย การฝึกพูดทางบวกกับตนเอง เป็นต้น

1.4 จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น สายล้างไตตก/หล่น ข้อต่อหลุด อยู่ในระดับพอใช้ จึงควรส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การสร้างสถานการณ์จำลองให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหา หรือเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีบุคคลต้นแบบที่เคยมีภาวะผิดปกติและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.5 การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี แต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่น ๆ จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอาหารประเภทผักและผลไม้ นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาและฟังผลการตรวจเลือด ควรแนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับระดับเกลือแร่ในร่างกายขณะนั้นด้วย

2. ด้านการศึกษา

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ พยาบาล ศึกษานิเทศก์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอน และเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้สังเกตเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเหมาะสม การลดความรุนแรงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเอง

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวในระยะยาว เพื่อติดตามผู้ดูแล การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องว่าให้การสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร และส่งผลต่อ การจัดการตนเองของผู้ป่วยหรือไม่

2. ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าใน ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมการ พยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล และเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. ควรศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้น ซึ่งอาจมีประสบการณ์ในการล้างไตแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาและพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ให้ดียิ่งขึ้น

4. การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องสูงถึงร้อยละ 70.73 ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่อง ท้อง โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กรวีร์ สุขมี. (2552). การดูแลผู้ป่วย CAPD ระยะแรกที่บ้านหลังรับการใส่สายท่อล้างไต. ใน สุภร บุษปวนิช, ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภัคจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรรณมณี และสินีนากู สุขอุบล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน* (หน้า 7). สงขลา: วนิดาเอกสาร.
- กรมการแพทย์. (2553). *คู่มือการล้างไตทางช่องท้องสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). โรคไตเรื้อรัง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตต์ เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ติรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ ลิตปริษา (บรรณาธิการ), *TEXTBOOK OF NEPHROLOGY* (หน้า 1912-1924). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- คัทลียา อุดติ และณัฐนิช จันทจิโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3), 171-177.
- จิราภรณ์ สุพลมาตย์. (2554). *การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราวรรณ สินธุพัทร์, รัตยา จิระเดชประไพ และวรรณนา พิมพานุวัตร. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ชีรภาพ ฐานิสโร, อธิศพันธุ์ จุลกัทัพพะ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). CAPD Apparatus, Access Devices, Implantation Techniques and Surgical Complications. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ล้าเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจากร (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 133-188). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

- ทวี ศิริวงศ์. (2552). Past, Present and Future of Peritoneal Dialysis. ใน ธนิต จิรนนท์รัชวัช, ธนันดา ตระการวานิช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย และวสันต์ สุเมธกุล (บรรณาธิการ), *Practical Dialysis in the Year 2009* (หน้า 299-312). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ธนันดา ตระการวานิช. (2551). ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (Electrolyte Disturbances in CAPD Patients). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิต ล้ำเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจากร (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 342-354). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ธีรพล เมืองไพศาล. (2555). อัตราการรอดชีพและการคงอยู่ในการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 19(3), 19-28.
- นันทา มหัทธนนท์ และสมรัก รอดพ่าย. (2551). Nursing Aspect for CAPD . ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิต ล้ำเลิศกุล และ ประเสริฐ ธนกิจจากร (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 203-254). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- นิภา อัยยสานนท์. (2552). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร. การค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญต่าย สิทธิไพศาล. (2553). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปวีณา สุสันธิตพงษ์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). Metabolic Syndrome in Peritoneal Dialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ถ้ำเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 517-536). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

ประทีป ธนกิจเจริญ, ชูชัย ศรีธานี, วัลลภ คชบท และปราโมทย์ เข้มพร้อม. (2551). Development of CAPD First Policy in Thailand. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ถ้ำเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 19-23). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

พนิดา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ และดวงพร หุ่นตระกูล. (2554). การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 92-103.

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภักจิรา เบญญาปัญญา. (2552). แนวทางการดูแลรักษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วย CAPD. ใน สุกรนุชปวนิช, ชารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภักจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรรณมณี และสินีนานู สุขอุบล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน* (หน้า 47-58). สงขลา: วนิตาเอกสาร.

มยุรี ปัญญาสิม. (2551). *ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ สีนวลแล. (2546). *การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วนิดา กุ่เคียงบุญ. (2551). *การจัดการกับภาวะน้ำกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศรินญา พลสิงห์ชาญ. (2541). การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริอร สินธุ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และอรอมณ ศรียุคศุทท. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(3), 84-92.
- เศรษฐพล ปัญญาทอง. (2555). ผลการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ระยะเวลาดำเนินงาน 4 ปีภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลนครพิงค์. *อุตรดิตถ์เวชสาร*, 27(2), 35-43.
- ศุภชัย ฐิติอาชากุล. (2544). การล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: บั๊กเน็ต.
- ศุภชัย ฐิติอาชากุล. (2551). การล้างไตทางช่องท้อง : สรีระวิทยา (Peritoneal Dialysis: Physiology). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ถ้ำเลิศกุล และประเสริฐ ชนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 115-132). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ศุภรา โถตันคำ. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2550). แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. นนทบุรี: ทีพีเอ็ม.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไซม์.
- สุชาลินี เรียมจันทร์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาลินี วีระเดชะ. (2554). การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุพิชา อัจฉิตการ. (2555). พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกร บุษปวนิช. (2547). เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และคู่สมรสในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุกร บุษปวนิช. (2552). การประเมิน การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษา. ใน สุกร บุษปวนิช, ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภักจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรธรรมณี และสินีนานู สุขอุบล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน* (หน้า 4-6). สงขลา: วนิดาเอกสาร.
- สุวิมล ติรกันนท์. (2550). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สรุปรายงานการป่วยประจำปี พ.ศ. 2553. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2553. วันที่ค้นข้อมูล 12 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก* <http://www.bps.ops.moph.go.th>.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สรุปรายงานการป่วยประจำปี พ.ศ. 2554. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2554. เข้าถึงได้จาก* <http://www.bps.ops.moph.go.th>.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปรายงานการป่วยประจำปี พ.ศ. 2555. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก* <http://www.bps.ops.moph.go.th>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. (2556, 18 ธันวาคม). *สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. อรุณรัศมี สาทิ. (2554). *พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเกลือและโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไต*. รายงานการศึกษาศรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษณีย์ วรรณภมณี. (2552). การใช้จ่ายในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. ใน สุกร บุษปวนิช, ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภัคจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรรณภมณี และสินีนากู สุขอุบล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน* (หน้า 59-67). สงขลา: วนิตาเอกสาร.
- Baumgarten, M., & Gehr, T. (2011). Chronic kidney disease: detection and evaluation. *American family physician*, 84(10), 1138 – 1148.
- Chanouzas, D., Ng, K. P., Fallouh, B., & Baharani, J. (2012). What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage?. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(4), 1542-1547.
- Chen, S. H., Tsai, Y. F., Sun, C. Y., Wu, I. W., Lee, C. C., & Wu, M. S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease - a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(11), 3560-3566.
- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), 147-156.
- Cukor, D., Rosenthal, D. S., Jindal, R. M., Brown, C. D., & Kimmel, P. L. (2009). Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney international*, 75(11), 1223-1229.
- Curtin, R. B., & Mapes, D. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-394.
- Curtin, R. B., Johnson, H. K., & Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: insights from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal: Journal of The American Nephrology Nurses' Association*, 31(6), 615-624.

- Curtin, R. B., Sitter, D., Schatell, D., & Chewning, B. (2004). Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 378-396.
- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389-395.
- Curtin, R. B., Walters, B. A., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*, 15(2), 191-205.
- Drayer, R. A., Piraino, B., Reynolds III, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Bernardini, J., Shear, M. K., & Rollman, B. L. (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General hospital psychiatry*, 28(4), 306-312.
- Einwohner, R., Bernardini, J., Fried, L., & Piraino, B. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Peritoneal dialysis international*, 24(3), 256-263.
- Finkelstein, F. O., Story, K., Firanek, C., Barre, P., Takano, T., Soroka, S., Mujais, S., Rodd, K., & Mendelssohn, D. (2008). Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney international*, 74(9), 1178-1184.
- Fontan, M. P., Rodríguez-Carmona, A., García-Naveiro, R., Rosales, M., Villaverde, P., & Valdés, F. (2005). Peritonitis-related mortality in patients undergoing chronic peritoneal dialysis. *Peritoneal dialysis international*, 25(3), 274-284.
- Hedayati, S. S., Bosworth, H. B., Briley, L. P., Sloane, R. J., Pieper, C. F., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2008). Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney international*, 74(7), 930-936.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New jersey: Prentice Hall.

- Jaar, B. G., Plantinga, L. C., Crews, D. C., Fink, N. E., Hebah, N., Coresh, J., Kliger A. S., & Powe, N. R. (2009). Timing, causes, predictors and prognosis of switching from peritoneal dialysis to hemodialysis: a prospective study. *BMC nephrology*. Retrieved December 8, 2013, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/10/3>
- Jerant, A. F., Friederichs-Fitzwater, M. M. V., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient education and counseling*, 57(3), 300-307.
- Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479-487.
- Kutner, N. G., Zhang, R., Barnhart, H., & Collins, A. J. (2005). Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20(10), 2159-2167.
- Lam, L., Twinn, S., & Chan, S. (2010). Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(4), 763-773.
- Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J., & Eknoyan, G. (2003). National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Annals of internal medicine*, 139(2), 137-147.
- Li, P. K. T., Szeto, C. C., Piraino, B., Bernardini, J., Figueiredo, A. E., Gupta, A., Johnson, D. W., Kuijper, E. J., Lye, W. C., Salzer, W., Schaefer, F., & Struijk, D. G. (2010). Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. *Peritoneal Dialysis International*, 30(4), 393-423.
- Li, H., Jiang, Y. F., & Lin, C. C. (2013). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*. Retrieved from <http://www.elsevier.com/ijns>
- Liang, C. H., Yang, C. Y., Lu, K. C., Chu, P., Chen, C. H., Chang, Y. S., O'Brien, A. P., Bloomer, M., & Chou, K. R. (2011). Factors affecting peritoneal dialysis selection in Taiwanese patients with chronic kidney disease. *International Nursing Review*, 58(4), 463-469.

- Lin, Y. H., Yang, Y., Chen, S. Y., Chang, C. C., Chiu, P. F., & Huang, C. Y. (2011). The depression status of patients with end-stage renal disease in different renal replacement therapies. *International Journal of Urological Nursing*, 5(1), 14-20.
- Little, J., Irwin, A., Marshall, T., Rayner, H., & Smith, S. (2001). Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(5), 981-986.
- Lopes, A. A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., Piera, L., Held, P., Gillespie, B., & Port, F. K. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney international*, 62(1), 199-207.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-144x/8/46>.
- National Kidney Foundation. (2001). K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(1), 66-70.
- Nephrology society of Thailand. (2012). *Thailand Renal Replacement Therapy Year 2012*. Retrieved from <http://www.nephrothai.org>
- Partridge, K., & Robertson, N. (2011). Body-image disturbance in adult dialysis patients. *Disability & Rehabilitation*, 33(6), 504-510.
- Piraino, B., Bernardini, J., Brown, E., Figueiredo, A., Johnson, D. W., Lye, W. C., Price, V., Ramalakshmi, S., & Szeto, C. C. (2011). ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Peritoneal Dialysis International*, 31(6), 614-630.
- Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D., & Nanasilp, P. (2013). Causal Model of Elderly Thais' Self-Management Behaviors of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 277-293.
- Su, C. Y., Lu, X. H., Chen, W., & Wang, T. (2009). Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1381-1389.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

- Troidle, L., Watnick, S., Wuerth, D. B., Gorban-Brennan, N., Kliger, A. S., & Finkelstein, F. O. (2003). Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, *42*(2), 350-354.
- Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, *39*(3), 245-251.
- Varitsakul, R., Sindhu, S., Sriyuktasuth, A., Viwatwongkasem, C., & Dennison. (2013). The relationships between clinical, socio-demographic and self-management: factors and complications in Thai peritoneal dialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal*, *9*(2), 85-92.
- Watnick, S., Kirwin, P., Mahnensmith, R., & Concato, J. (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, *41*(1), 105-110.
- Wong, F. K. Y., Chow, S. K. Y., & Chan, T. M. F. (2010). Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(3), 268-278.
- Wright, J. A., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Ikizler, T. A., & Cavanaugh, K. L. (2011). Development and results of a kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, *57*(3), 387-395.
- Xu, R., Han, Q. F., Zhu, T. Y., Ren, Y. P., Chen, J. H., Zhao, H. P., Chen, M. H., Dong, J., Wang, Y., Hao, C. M., Zhang, R., Zhang, X. H., Wang, M., Tian, N., & Wang, H. Y. (2012). Impact of Individual and Environmental Socioeconomic Status on Peritoneal Dialysis Outcomes: A Retrospective Multicenter Cohort Study. *PloS one*, *7*(11). Retrieved <http://www.plosone.org>
- Xu, R., Zhuo, M., Yang, Z., & Dong, J. (2012). Experiences with assisted peritoneal dialysis in China. *Peritoneal Dialysis International*, *32*(1), 94-101.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการตนเอง

14. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 () ไม่มี
- 2 () การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง.....ครั้ง
- 3 () การติดเชื้อที่อุโมงค์ช่องทางออกของสาย.....ครั้ง
- 4 () การติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสาย.....ครั้ง
- 5 () ไข้เลือด
- 6 () ภาวะน้ำเกิน.....ครั้ง
- 7 () ภาวะปอดบวมน้ำ.....ครั้ง
- 8 () ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว.....					
2	สมาชิกในครอบครัวแสดง.....					
.	.					
.	.					
6	ท่านได้รับการยกย่องชมเชย และ.....					
7	ท่านได้รับการบอกกล่าวอย่าง.....					
.	.					
.	.					
.	.					
12	ท่านได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการ.....					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพ เพื่อประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า หากท่านมีอาการดังต่อไปนี้ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคย หมายถึงท่านไม่มีอาการตามข้อนั้น

มีบางวันไม่บ่อย หมายถึงท่านมีอาการตามข้อนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

มีค่อนข้างบ่อย หมายถึงท่านมีอาการตามข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

มีเกือบทุกวัน หมายถึงท่านมีอาการตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

ข้อที่	อาการ	ไม่เคย	มีบางวันไม่บ่อย	มีค่อนข้างบ่อย	มีเกือบทุกวัน	สำหรับผู้วิจัย
1	เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน					
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้					
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป					
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง					
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป					
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง-คิดว่าล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง					
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ					
8	พูดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย					
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงดี					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีกิจกรรมตามข้อนั้น
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีกิจกรรมนั้นน้อยมาก หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีกิจกรรมนั้นบางครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- มาก หมายถึง ท่านมีกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีกิจกรรมนั้นอยู่เสมอ หรือตลอดเวลา

ข้อที่	คำถามการจัดการตนเองมิติการดูแลสุขภาพ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1	การจัดการตนเองด้านการติดต่อสื่อสาร ท่านได้รับความรู้เรื่อง.....						
2	ท่านได้สอบถามแพทย์หรือ พยาบาลถึงขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติ						
.	.						
.	.						
6	เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ท่าน.....						
7	การจัดการตนเองด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยว.....						
.	.						
.	.						
11	เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการเปลี่ยนน้ำยาล้าง ไต.....						
12	การจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการ รักษา ท่านรับประทานยาตาม.....						

ข้อที่	คำถามการจัดการตนเองมิติการดูแลสุขภาพ	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
.	.						
.	.						
17	ท่านเพิ่มปริมาณอาหารโปรตีน.....						
	การจัดการตนเองด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง						
18	ท่านสังเกตและจดบันทึก ลักษณะ.....						
.	.						
.	.						
22	ท่านงดเครื่องดื่มที่มี.....						
23	ท่านรับประทานผัก ผลไม้.....						
	การจัดการตนเองด้านสมรรถนะแห่งตนในการ ดูแลตนเอง						
24	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการ.....						
25	ถ้าท่านมีอาการแยลง ท่านมั่นใจว่า.....						
.	.						
.	.						
29	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการเมื่อเกิด.....						

ข้อที่	คำถามการจัดการตนเองมิติการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านสามารถประกอบอาชีพของท่าน.....						
2	ท่านสามารถจัดการการล้างไต.....						
3	ท่านทำการล้างไตทางช่องท้องได้						
.	.						
.	.						
10	ท่านมีสัมพันธภาพกับบุคคล.....						
11	ท่านยังมีบทบาทใน.....						

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Predictors of Self Management in Patients with Chronic Kidney Disease undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

ชื่อนิสิต นางสาวอาทิตย์ อติวิชญานนท์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920272 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 07 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 74 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

หนังสือรับรองเลขที่ ๐๐๖/๒๕๕๗

ชื่อโครงการวิจัย บังคับทำนายนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวอาทิตย์ยา อติวิษญานนท์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัย ชำรงต้นภายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุรชัย โชคครรชิตไชย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

(นางกิตติยา ประสานวงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

อนุมัติ ณ วันที่ 27 ส.ค. 2557

ภาคผนวก ค

คำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-07-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาทิตย์ อติวิชญานนท์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถดำเนินการล้างไตด้วยตนเองได้ และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 74 ราย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อลงนามเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากท่านไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามรวมทั้งคำตอบให้ฟังทีละข้อ และให้ท่านเลือกตอบด้วยตนเอง

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และลดการเสียชีวิตลงได้ รวมถึงใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ใช้ในการวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อ - สกุลของท่าน ผู้วิจัยจะเข้ารหัสตัวเลขแทน รวมถึงไม่ใช้เลขที่โรงพยาบาล หรือเลขที่ใด ๆ ที่ทำให้อ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ล็อกกุญแจ ส่วนข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยจะมีการกำหนดรหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลได้ ข้อมูลจากการวิจัยจะนำมาอภิปรายหรือเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอาทิตยา อติวิชญานนท์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-590-4014 หรือที่ ผศ.ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102833

นางสาวอาทิตยา อติวิชญานนท์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่
ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วันที่คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็น การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า
ฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)