

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

อัญญาณี ฮองตัน¹เนาวรัตน์ เสนาไชย²มงคล วารีย์¹นภลัย แสงโพธิ์¹

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและแบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-THAI ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น ($\bar{X} = 187.73$, $SD = 8.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.23$, $p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 118.9$, $SD = 7.71$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมภายหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 89.69$, $SD = 15.08$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 32.10$, $SD = 35.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.99$, $p < .01$)

โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ภาวะน้ำเกิน, การล้างไตทางช่องท้อง, คุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ

13 มกราคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

2 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

22 เมษายน 2569

โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

naovarot.se@gmail.com; โทร. 086-4097402

Effects of a self – management program on volume overload prevention behaviors and quality of life among peritoneal dialysis patients

Anyanee Hongton¹

Naovarat Senachai²

Mongkhon Waree¹

Napalai Sangpho¹

Abstract

Fluid overload is a common complication which its one of the major causes of peritoneal dialysis technique failure, leading to the need to transition to alternative renal replacement therapies. This quasi – experimental study employed a one–group pretest–posttest design to evaluate the effects of a self–management program on volume overload prevention behaviors and quality of life (QoL) among PD patients. The sample consisted of 30 PD patients at Wanorn Niwat Hospital, selected through purposive sampling. The 8–week self–management program comprised three components: self–monitoring, self–evaluation, and self–reinforcement. Data collection instruments included a self–management behavior assessment and the 9–THAI QoL questionnaire, with a content validity index of 0.98 and a Cronbach’s alpha coefficient of 0.83 Data analysis was performed using descriptive statistics and paired t–test.

The results revealed that the mean scores for self–management behaviors ($\bar{X}$ = 187.73, SD = 8.15) were significantly higher than baseline ($\bar{X}$ = 118.9, SD = 7.71) (t = 38.23, p < .01). Additionally, the mean score of QoL increased significantly from $\bar{X}$ = 32.10 (SD = 35.69) at baseline to $\bar{X}$ = 89.69 (SD = 15.08) after participating in the program (t = 8.99, p < .01).

These findings suggest that the self–management program effectively improves volume overload prevention behaviors and enhances the quality of life among PD patients

Keywords: Self–management, Volume Overload, Peritoneal Dialysis, Quality of Life

Received
13 January 2026

Revised
2 April 2026

Accepted
22 April 2026

¹Wanorn Niwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Corresponding author e–mail: naovarat.se@gmail.com; Tel .086–409740

บทนำ

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) อีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการนิยมน้อยกว่าหลายในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อยืดอายุให้ยืนยาวขึ้นและเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคุกคามต่างๆ การล้างไตทางช่องท้องมี 2 วิธี ได้แก่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD)¹ ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินการได้เองที่บ้าน ประหยัดค่าเดินทาง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งเครื่องมือพิเศษจึงสามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้ สามารถรับประทานอาหารได้เกือบเหมือนคนปกติ เพราะมีการล้างของเสียออกตลอดเวลา ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในช่องท้องหรือขาดผู้ดูแล² เนื่องจาก ผู้ป่วยหรือญาติต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเองที่บ้าน หากขาดการดูแลที่ถูกต้องมักนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อหรือภาวะน้ำเกิน³ ซึ่งเป็นปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยและมีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิต

ภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการสิ้นสุดการล้างไตทางช่องท้องรองจากภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ซึ่งเป็นภาวะที่ปริมาตรนํ้านอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴ สาเหตุหลักเกิดจากการได้รับโซเดียมและน้ำเกินความจำเป็น ไตสูญเสียความสามารถในการขจัดนํ้าส่วนเกินเนื่องจากการดำเนินโรค และปัจจัยสำคัญด้านพฤติกรรมคือความไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) เช่น การใส่นํ้ายาล้างไตในช่องท้องนานเกิน 8 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดการ

ดูดซึมนํ้ากลับเข้าสู่ร่างกาย รวมถึงการไม่จำกัดอาหารรสเค็มและน้ำดื่มตามแผนการรักษา⁵⁻⁶ ภาวะน้ำเกินที่เรื้อรังจะนำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเป็นสาเหตุของความล้มเหลวทางเทคนิค (Technical Failure) ที่บีบบังคับให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน⁷⁻⁸

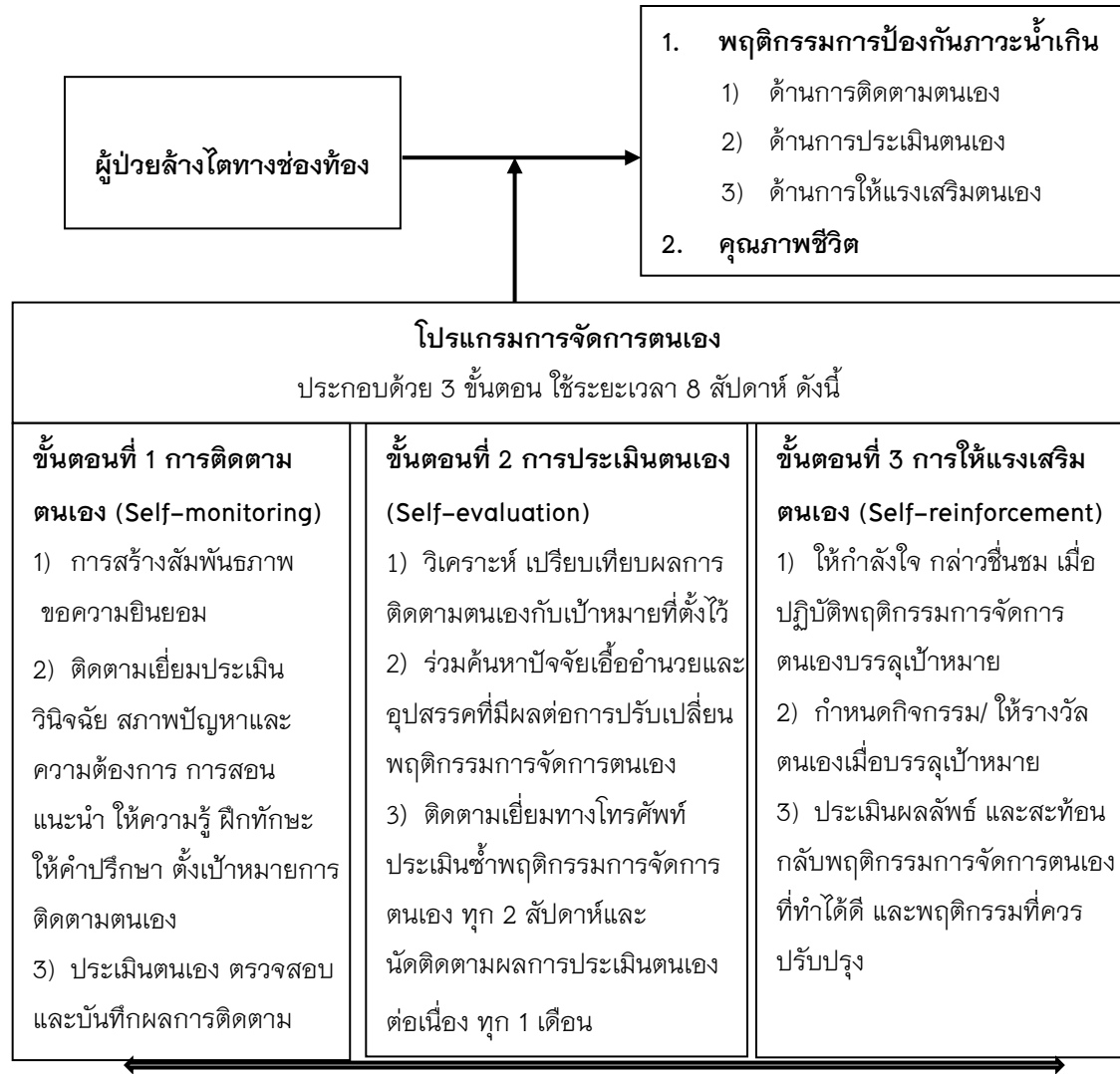
จากการศึกษาในต่างประเทศพบภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 48-53⁹⁻¹⁰ สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะน้ำเกินสูงถึงร้อยละ 65¹¹ สำหรับข้อมูลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปี 2564 – 2566 มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมารับบริการ จำนวน 39, 27 และ 59 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจำนวน 5, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการติดตามการรักษาต่อเนื่องทุกเดือน พบภาวะน้ำเกินเล็กน้อย จำนวน 10, 7 และ 7 ราย ตามลำดับ มีประวัติใช้นํ้ายาล้างไตที่มีความเข้มข้นของนํ้าตาล 4.25 % อย่างน้อย 1 รอบ/ วัน นํ้ายาที่ปล่อยออกมามีกลิ่นปนทำให้เกิดปัญหาการไหลเข้า – ออกของนํ้ายาล้างไตช้ากว่าปกติ ขาดสมดุลของนํ้ายาต่อวัน และมักพบอุบัติเหตุการเกิดภาวะน้ำเกินร่วมกับเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการล้างไตทางช่องท้องนานเกิน 2 ปีขึ้นไป ซึ่งมักขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเอง ขาดการประเมินและสังเกตอาการบวม ไม่บันทึกข้อมูลความสมดุลสารนํ้าประจำวัน ไม่ทราบปริมาณนํ้าที่ควรดื่มต่อวัน ขาดการชั่งนํ้าหนักเมื่อนํ้ายาล้างไตไหลออกช้า หรือขาดความสมดุลจนเกิดภาวะน้ำเกิน นํ้ายาล้างไตขาดสมดุลมากขึ้นผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถประเมินได้ ไม่ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ไม่ทราบวิธีจัดการตนเองให้ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนปริมาตรและความเข้มข้นของนํ้ายาล้างไตเอง จนเกิดภาวะน้ำเกินระดับรุนแรง นํ้าหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบ

ไม่ได้ ครอบครัวตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า และมักได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิต หากผลการรักษาไม่ตอบสนองต่อยา มักได้รับการส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จนกระทั่งต้องยุติการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และเปลี่ยนวิธีการบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน¹ แม้โรงพยาบาลจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องแต่ข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางและความซับซ้อนของโรคยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแล

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการพัฒนากระบวนการคิด การรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ปัญหา เรียนรู้และยอมรับที่จะเผชิญและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์¹² ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรม ได้แก่ การบันทึกสมุดจดน้ำยารายวัน การล้างไตทางช่องท้อง การใช้ยา และการบริโภคอาหารรสเค็ม 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ ผลการบันทึกสมุดจดน้ำยา ผลการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้นผู้วิจัยโดยเน้นการพัฒนาทักษะการวินิจฉัยภาวะน้ำเกินเบื้องต้น การควบคุมโซเดียม และการคำนวณปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมต่อวัน (ปริมาณน้ำ 500 มิลลิลิตร บวกปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และบวกลบกำไ้น้ำยา)¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาที่พบในหน่วยงาน พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ยังขาดความเฉพาะเจาะจงต่อการจัดการภาวะน้ำเกิน และมุ่งเน้นการให้ความรู้มากกว่าการฝึกทักษะการตัดสินใจในภาวะวิกฤต ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกิน การประเมินและคำนวณสารน้ำ สามารถสังเกตและประเมินภาวะน้ำเกินด้วยตนเองจากอาการบวม น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิต และสามารถจัดการตนเองในการแก้ไขภาวะน้ำเกินเบื้องต้นได้ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน เช่น การจำกัดน้ำดื่มและอาหารที่มีเกลือโซเดียม การปรับความเข้มข้นของน้ำยาล้างไตเพื่อปรับสมดุลของสารน้ำในร่างกายให้เหมาะสม การขอความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคลากร นอกจากการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามภาวะสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต โดยมีการอบแนวคิดในการศึกษาดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยประชากรคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร ณ โรงพยาบาลวารนาฬิก จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้ามารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลวารนาฬิก ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2568 จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 6 เดือนขึ้นไป อยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง หรือ ภาวะน้ำเกิน ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน พูด ฟังและสื่อสารให้ข้อมูลได้ 5) สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง โรคโควิด-19 วัณโรค หรือโรคเมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ไม่อยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร

เกณฑ์การยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ 1) ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง 2) ผู้ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา หรือเสียชีวิตในระหว่างดำเนินการศึกษา 3) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง

ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และคู่มือการป้องกันภาวะน้ำเกิน ดังนี้

1.1) โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็น

กระบวนการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของแคนเฟอร์ และ กาลิค บายส์ โปรแกรมการจัดการตนเองมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที กิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self - monitoring) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ขอความยินยอม (สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 30 นาที) 2) ติดตามเยี่ยมประเมิน วินิจฉัย สภาพปัญหาและความต้องการ แนะนำ สอนให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร น้ำดื่ม เกลือ โซเดียม ยา น้ำหนัก ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และการฝึกทักษะ ทบทวนการบันทึกสมุดจด น้ำยาและการบันทึกสมดุลของน้ำยา ให้คำปรึกษา และตั้งเป้าหมายการติดตามตนเอง (สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 40 นาที) 3) ฝึกทักษะการประเมินตนเอง ตรวจสอบและบันทึกผลการติดตามตนเองตามแบบบันทึก (สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self – evaluation) ได้แก่ 1) วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการติดตามตนเองกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10–15 นาที) 2) ร่วมค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10–15 นาที) 3) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ประเมินซ้ำพฤติกรรมจัดการตนเอง ทุก 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลการประเมินตนเอง ต่อเนื่องทุก 1 เดือน ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลา 5–15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การให้แรงเสริมตนเอง (Self – reinforcement) ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองบรรลุเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10 นาที) 2) กำหนดกิจกรรม/ ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังตนเอง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 5–10 นาที) 3) ประเมินผลลัพธ์ และสะท้อนกลับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ทำได้ดี และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10 นาที)

1.2) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) การติดตามตนเอง เกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลสมดุลดื่มน้ำและการบันทึกสมดุลน้ำยาต่อวัน กิจกรรมที่ 2) การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน อาการผิดปกติ การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และช่องทางการขอความช่วยเหลือ และกิจกรรมที่ 3) การให้แรงเสริมตนเองเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและการให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แบบประเมินก่อน

การศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว อื่น ๆ ระยะเวลาการล้างไต รูปแบบการล้างไต ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ผู้ทำหน้าที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ โดยใช้แบบประเมินก่อนการศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 การให้คะแนนโดยภาพรวม แบบประเมินมีลักษณะคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคย = 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการติดตามตนเองโดยรวม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การบันทึกสมดุลดื่มน้ำรายวัน จำนวน 5 ข้อ 2) การล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 5 ข้อ 3) การใช้ยา จำนวน 5 ข้อ และ 4) การบริโภคอาหารรสเค็มในชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการประเมินตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ผลการบันทึกสมดุลดื่มน้ำ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก = 1 คะแนน

ไม่ถูก = 0 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และผลการประเมินอาการ/อาการแสดงของภาวะน้ำเกิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการให้แรงเสริมตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-THAI พัฒนาโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.80¹⁴ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และ รุนแรงมาก แบ่งเป็น ข้อที่ 1 - 4 ประเมินด้านสุขภาพกาย และ ข้อ 5 - 7 ประเมินด้านสุขภาพใจ ข้อ 8-9 ประเมินคุณภาพโดยรวม ค่าคะแนนที่ได้นำไปเปรียบเทียบกับตารางแปลงคะแนนรวมเป็นคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพใจโดยแบ่งค่าคะแนนมาตรฐานตามเพศและอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหา สอดคล้องของข้อคำถาม กับทฤษฎีหรือนิยามเชิงปฏิบัติการ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้แก่ โปรแกรมฯ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและแบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-Thai ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความหมาย สำนวนภาษา ความเข้าใจคำถามแต่ละข้อ ก่อนนำไปใช้จริง นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedures)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม เขียนโครงร่างการวิจัย ยื่นแบบเสนอขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัยมนุษย์จังหวัดสกลนคร หลังจากผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือและทำความเข้าใจก่อนเก็บข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาพปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยที่คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการรายบุคคล ก่อนการทดลอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9 - Thai และ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกิน เก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม การสนทนา การสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมใช้เวลาในการประเมิน รายละเอียดไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ร่วมวิเคราะห์ผลการประเมินสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนการศึกษาวางแผนและปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะความรู้ ความสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการสถานะสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสะท้อนผลการจัดการตนเองที่บ้านจากแบบบันทึกปฏิบัติการพยาบาลด้วยการสอน ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ร่วมตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองใหม่ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเรื่องอาหาร เกลือโซเดียม น้ำ ยา การบันทึกสมุดจดน้ำยา และการบันทึกสมุดของน้ำยา ให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กำกับติดตามประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การปรึกษาและแก้ไขปัญหาการพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ให้การดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์ปัญหาของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9 – Thai และ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้

จากการสอบถาม การสัมภาษณ์ การเยี่ยมทางโทรศัพท์ ยุติการปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณต่อไป ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมจัดการตนเองวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test หลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยนำมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยนำมาจัดเป็นกลุ่มหรือประเด็นสำคัญตามข้อมูลที่ได้มา

จริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-019 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ลงนามยินยอม (Informed consent) ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ในกล่องที่ปิดผนึกเรียบร้อยและผู้ไม่

สิทธิไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้และจะทำลายภายหลังการศึกษาเสร็จสิ้นเรียบร้อย 5 ปี

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 53.13 ปี (SD.=12.29ปี) อายุระหว่าง 60–74 ปี ร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 สถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 43.3 และสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 53.3 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.3 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 93.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.3 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อย

ละ 60 ระยะเวลาการล้างไต 3–5ปี ร้อยละ 40 ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ร้อยละ 63.3 สามารถทำกิจวัตรประจำวัน พึ่งตนเองได้ ร้อยละ 86 ผู้ป่วยดูแลตนเอง ร้อยละ 70

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=38.23, p<.01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน (การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				Mean Dif.	SD dif	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)					
1.ด้านการติดตามตนเอง									
การบันทึกน้ำยา	13.40	(1.75)	24.57	(.94)	11.17	1.78	29	34.31	.000*
การล้างไต	13.23	(2.08)	23.40	(1.25)	10.17	2.02	29	27.59	.000*
การใช้ยา	13.33	(1.94)	24.8	(.76)	11.47	1.83	29	34.26	.000*
การบริโภคเค็ม	19.20	(3.22)	37.53	(3.79)	18.33	4.80	29	20.91	.000*
2. ด้านการประเมินตนเอง									
การประเมินสมดุสน้ำ	3.77	(.50)	5.0	(.00)	1.23	.54	29	13.40	.000*
การประเมินอาการ	32.03	(3.44)	34.97	(3.94)	2.93	2.7	29	5.94	.000*
3.ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	23.93	2.69	37.47	(4.88)	13.53	5.05	29	14.68	.000*
4. พฤติกรรมโดยรวม	118.9	7.71	187.73	(8.15)	68.83	9.86	29	38.23	.000*

*($p<.01$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน

คุณภาพชีวิตด้านกาย ด้านใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.99, p<.01$) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ของคนปกติสุขภาพดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				Mean	SD	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)	Dif.	dif			
1.ด้านกาย (PHS)	12.29	(24.17)	46.53	(11.43)	3.42	26.88	29	6.98	.000*
2. ด้านใจ (MHS)	19.81	15.88)	42.66	(8.66)	2.28	14.52	29	8.62	.000*
3. คุณภาพชีวิตโดยรวม	32.10	(35.69)	89.19	(15.08)	57.09	34.77	29	8.99	.000*

*(p<.01)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการติดตามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Themes	Key finding/ sub-themes
1.การเฝ้าระวังและการรับรู้อาการ	การประเมินภาวะบวมด้วยตนเอง และการติดตามสมดุลน้ำแบบวันต่อวัน
2.การตัดสินใจแก้ปัญหาเชิงรุก	การปรับความเข้มข้นน้ำยา (4.25% Dextrose) ตามสถานการณ์และการจัดการอุปสรรคทางเทคนิค (สายปั๊ม/ ทานอน) เพื่อเพิ่มการดื่มน้ำ
3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและข้อจำกัด	การควบคุมโซเดียม (เล็กกินเค็มกินนัว) และเพิ่มโปรตีน (ไข่ขาว) โดยพบอุปสรรคด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อคุณภาพโภชนาการในการจัดหาไข่ขาว
4.การสร้างพลังอำนาจและการเข้าถึงระบบสนับสนุน	การเห็นคุณค่าในตนเองเมื่อจัดการปัญหาได้สำเร็จ ร่วมกับการเข้าถึงคำปรึกษาจากทีมสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ ทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย

อภิปรายผลการวิจัย

1) พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์ มีกระบวนการ 3 กระบวนการประกอบด้วย 1) การติดตามตนเองเพื่อตรวจสอบพฤติกรรม 2) การประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การให้แรงเสริมตนเองเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยเปลี่ยนบทบาทผู้ป่วยจากผู้รับบริการมาเป็นผู้จัดการสุขภาพตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยบันทึกสมดุลน้ำรายวัน การล้างไตทางช่องท้อง การชั่งยา การบริโภคอาหารเค็มในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การประเมินตนเองถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และกระบวนการคิดวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข จากการติดตามทางโทรศัพท์ผู้ป่วยสามารถสังเกตและประเมินภาวะบวมด้วยตัวเองและจัดการแก้ไขปัญหาลำบากเบื้องต้นได้ด้วยการปรับความเข้มข้นของน้ำยาเพื่อเพิ่มการดื่มน้ำ การควบคุมปริมาณโซเดียมและเพิ่มไข่ขาว ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Lorig และคณะ¹⁵ ที่ระบุว่าทักษะการติดตามตนเองการ

ประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายเป็นกลไกสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองดังการศึกษาของ Kauric-Klein¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตที่สามารถประเมินและเห็นความสำเร็จของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและน้ำหนักตัว จะมีแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว การประเมินตนเองในการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับช่วยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การประเมินพฤติกรรมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงและจำกัดการดื่มน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้สมุดบันทึก การกำกับตนเองและการติดตามอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้ดีกว่าการได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถจัดหาโปรตีนจากไข่ขาวได้ ซึ่งเป็นความท้าทายในการจัดการกับประเด็นปัญหาดังกล่าวต่อไป

2) คุณภาพชีวิต ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.99, p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกายและด้านใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ของคนปกติสุขภาพดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นย่อมส่งผลให้อาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกินเช่น อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้หรือภาวะบวมลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย จะช่วยให้สามารถทำงานหารายได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษา

ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระดับเศรษฐกิจและการศึกษาอาจไม่ใช่พรหมแดนของการเรียนรู้ หากได้รับโปรแกรมที่เหมาะสมและการระบบการสนับสนุนที่เพียงพอ เมื่อเกิดปัญหาดัดสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหา และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ สร้างเสริมความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามบริบทของแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยลดความเครียดและเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายบุคคลตามเกณฑ์ของ อาวีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา¹⁹ พบว่าความแตกต่างระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ยังมีค่าคะแนนทางกายและทางใจต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 2 คนและ 6 คนตามลำดับ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเร่งด่วนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศาชล และคณะ²⁰ ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สภาพจิตใจก่อนเข้าสู่การล้างไตและความเปราะบางทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงเป้าหมายของโปรแกรมการจัดการตนเองได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพและครอบครัวต่อไป

ข้อจำกัด

- 1.ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดเล็ก
- 2.พื้นที่ในการศึกษาแห่งเดียว ซึ่งอาจมีลักษณะทางภูมิภาค สังคม วัฒนธรรมที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

- 1.หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรม เครื่องมือและผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงระบบสนับสนุนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจขึ้น ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) มากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง และทดสอบในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3. สามารถนำผลการศึกษาไปอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและต่อโภชนาการ ในประเด็นของโปรตีน ไข่ขาว หน่วยงานประสานกับหน่วยงานปกครองท้องถิ่นในการสนับสนุนกองทุนอาหารโปรตีน สำหรับผู้ป่วยโรคไตที่มีรายได้น้อยในชุมชน

4. ความคุ้มค่าเชิงระบบในการเปลี่ยนบทบาทผู้ป่วยจากผู้รับบริการ มาเป็นผู้จัดการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยชะลอการเปลี่ยนผ่านไปสู่การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่สำคัญผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

เอกสารอ้างอิง

1. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เฮลท์ เวิร์ด พลัส จำกัด; 2560.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2560.
3. ขวัญใจ อำนาจสัตย์, จริยพร สุวรรณชาติ, ศิริลักษณ์ ฤทธิทอง. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):1-15.
4. Zheng S, Auguste BL. Five things to know about volume overload in peritoneal dialysis. Can J Kidney Health Dis. 2023;10:1-3.
5. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, วรพจน์ เจริญมตรการผล. Management of common non-infectious complications in peritoneal dialysis. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์; 2556. p. 213-49.
6. ดอนคำ แก้วบุญเสริม, เพ็ญศรี อุทโยธา. ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร. 2561;10(1):123-32.
7. วรวิสา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุกาพ, เพชรลดา จันทศรี. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(2):5-20.
8. มานะ บัณฑิตแก้ว, พรณี บัญชรหัตถกิจ. การจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;32(3):B40-55. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/267304>

9. Van Biesen W, Verger C, Heaf J, et al. Evolution over time of volume status and PD-related practice patterns in an incident peritoneal dialysis cohort. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019;14(6):882–93.
doi:10.2215/CJN.11590918
10. Ye H, Liu R, Cao P, et al. Peritoneal protein clearance, fluid overload, and cardiovascular events in patients undergoing peritoneal dialysis: a prospective cohort study. *Ren Fail*. 2025;47(1):2461676.
doi:10.1080/0886022X.2025.2461676
11. Thuanman J, Sangthawan P, Thinkhamrop K, et al. Effect of time interval and frequency of hospitalization because of fluid overload on survival in peritoneal dialysis: Thailand experience. *Kidney360*. 2024;5(11):1675–82. doi:10.34067/KID.0000000576
12. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: a textbook of methods*. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305–60.
13. สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย. คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: แบ็กซ์เตอร์ เฮลท์แคร์ (ประเทศไทย); 2565.
14. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, และคณะ. รายงานสถานะสุขภาพคนไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
15. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M. *Self-management of long-term health conditions: a 4th-generation approach*. 4th ed. Boulder (CO): Bull Publishing Company; 2020.
16. Kauric-Klein Z. Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative self-management intervention. *J Nurs Educ Pract*. 2019;9(7):11–20.
17. สมลักษณ์ แสงรัตน์, วรวรรณ ทิพย์วงศ์, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2565;37(2):89–105.
18. Liu Y, Wang J, Tan J, et al. Effects of self-management interventions on quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2023;138:104415.
19. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. ใน: เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนท์; 2556. p. 757–99.
20. นิศาชล มนสุนทร, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, พรทิพย์ มาลาธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2566;17(1):45–58.