



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่
รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

**Effect of the Self-Management Promoting Program on Food Consumption Behaviors
in the Elderly Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis**

ศิริลักษณ์ น้อยปาน

Sirilak Noiparn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศาสตร์ผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน
ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้เขียน นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอแสดงความขอบคุณ
บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลการศึกษานี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน
 ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
ผู้เขียน นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งจัดให้ผู้ป่วย 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนาน 5 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการสะท้อนคิด การให้ความรู้รายบุคคล ให้คำปรึกษา การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และชนิดของโรคร่วม โดยเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ แผนการให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และสื่อนำเสนอภาพนิ่ง ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธีกูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.38, p < .01$)
2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรกดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.99, p < .01$)

3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดตลอดโปรแกรม และมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4) ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมด ซึ่งพบว่าเป้าหมายที่ยากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างคือ การปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ทั้งนี้ผู้ป่วยเลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวมากที่สุดตลอดโปรแกรม

ผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นในด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามปริมาณและความถี่ และสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้กับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

Thesis Title	Effect of the Self-Management Promoting Program on Food Consumption Behaviors in the Elderly Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis
Author	Miss Sirilak Noiparn
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2012

ABSTRACT

This quasi-experimental aimed to examine the effect of a self-management promoting program (SM program) on food consumption behaviors in the elderly undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). The first 25 patients were assigned to the control group, who received usual care, and the other 25 patients were assigned to the experimental group, who received five weeks SM program including a reflection, individual education, counseling sessions, dietary behaviors goal setting and action planning, and follow-ups. The two groups were similar in gender, age, education, income, duration of undergoing CAPD, and co-disease. The experimental instruments included: a teaching plan for education session, booklet, goal achievement form, and power point. The instruments for data collection included: demographic data questionnaire, food consumption behavior questionnaire, and prior knowledge regarding food consumption questionnaire. All study instruments used content validity, which was assessed by 3 experts, and the reliability was evaluated using Chronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.82$), and Kuder-Richardson 20 ($r = 0.81$). The data were analyzed using descriptive statistic and inferential statistics to test the difference.

The results showed that subjects in the experimental group significantly improved their food consumption behaviors after participating in the self-management promoting program ($z = -4.38, p < .01$). The mean total score on food consumption behaviors after intervention in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($z = -4.99, p < .01$). Throughout the program, more than half of subjects (56%) achieved all four weekly goals although only one subject (4%) was unable to achieve any of the weekly goals. The

most popular weekly goal selected each week from the food consumption behaviors components was managing protein diet.

The results of this study indicate that the program can improve the level of food consumption behaviors in these patients including the correct amount of food intake, frequency of nutrition, and successful compliance with the target. Therefore, nurses should implement this program in their practice in order to promote food consumption behaviors in the elderly undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความ และ การช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึง คณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์และป้องกันวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ของทุกท่านจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2554 ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ รวมทั้งขอบคุณผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนบุคลากรในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง และคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้ง ขอบขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ชาย เพื่อนๆ และหลานๆ อันเป็นที่รักที่ คอยห่วงใย เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมัณฑรพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่ได้ให้การ สนับสนุนทุนการศึกษาบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

ศิริลักษณ์ น้อยปาน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	14
ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง.....	17
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	19
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	26
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	29
การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทาง	

ช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	34
---------------------------	----

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	36
สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	62
ผลการวิจัย.....	63
การอภิปรายผล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	98
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	108
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	109
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	110
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	112
ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง.....	123
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	152
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	157
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	159

ประวัติผู้เขียน.....	160
----------------------	-----

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N=50).....	63
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N=50).....	67
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติวิลคอกซ์ซอน (n = 25).....	70
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ และสถิติวิลคอกซ์ซอน (n = 25).....	71
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติภายในกลุ่มควบคุมโดยสถิติทีคู่ (n = 25).....	72
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม โดยสถิติทีคู่ (n = 25).....	72
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยสถิติทีอิสระและสถิติแมนน์-วิตนีย์ยู (N = 50).....	73
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ (N = 50)	74

- 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารราย
ด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ และสถิติ
แมนน์-วิทนีย์ (N = 50)..... 75

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่กลุ่มทดลองเลือกกำหนดเป้าหมายมากที่สุดและ ผลความสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละสัปดาห์.....	76
11 ความแตกต่างของระดับผลสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละสัปดาห์ของผู้สูงอายุที่ รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (n = 25).....	77
12 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมด ตลอดโปรแกรม (n = 25).....	77
13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจแต่ละสัปดาห์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองด้วยสถิติไฟรด์แมน (n = 25)...	78

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
2	รูปแบบการวิจัย.....	41
3	ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	59
4	กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดตลอด โปรแกรม (n = 25).....	78

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากสถิติการป่วยของผู้ป่วยในพ.ศ. 2553 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั้งสิ้น 386,102 ราย โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 191,327 และ 194,775 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 51 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังมีจำนวนมากกว่าวัยอื่นๆ ที่มสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ส่วนประกอบของไต 3 ส่วน ได้แก่ โกลเมอรูล่า (glomerular) หลอดฝอยไต (renal tubule) และเซลล์ที่อยู่รอบๆ หน่วยไต (interstitial) (ลิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ, วินัส, และพัสมนธ์, 2552) และจากความเสื่อมด้านโครงสร้างของไตซึ่งพบว่า ในช่วงอายุระหว่าง 60-74 ปี ขนาดของไตจะเล็กลง 20-30 เปอร์เซ็นต์ และเมื่ออายุ 75 ปี อัตราการกรองของไตจะต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว 50 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุของโรคอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลงจนเสียหายที่ในที่สุด (Oreopoulos & Dimkovic, 2003) ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) วิธีใดวิธีหนึ่ง

ปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องกำลังได้รับความนิยมแพร่หลายและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถล้างไตได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระ เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งวิธีนี้ยังช่วยควบคุมภาวะสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และภาวะเคมีต่างๆ ในร่างกายให้อยู่ในระดับที่สม่ำเสมอได้ (ณัฐวดี และสมชาย, 2551; Curtin, Johnson, & Schatell, 2004; Thodis & Oreopoulos, 2011) แต่ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองหลายประการ ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้อง 2) การดูแลช่องสายออก (exit site) 3) การบริโภคอาหาร

4) การรับประทานยา 5) การออกกำลังกาย และ 6) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550) ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้นานที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีนี้มีข้อดีที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ชนิดา, สุนาฏ, และชวลิต, 2551; Grapsa & Oreopoulos, 2009) โดยพบว่ามีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 50 (นครินทร์, 2553) ซึ่งมีสาเหตุจากการสูญเสียโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ที่สำคัญไปกับน้ำยาล้างไต (ชนิดา และคณะ, 2551; Oreopoulos & Dimkovic, 2003) ร่วมกับการที่กลูโคสในน้ำยาล้างไตถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาจึงทำให้ไม่รู้สึกลึกหิว และจากอาการอึดอัดแน่นท้องเพราะมีน้ำยาล้างไตอยู่ในช่องท้องตลอดเวลาทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (สุกร, 2552) ทั้งนี้ยังมีสาเหตุร่วมได้แก่ การขาดความรู้และความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง (Carrero, Heimbürger, Chan, Axelsson, Stenvinkel, & Lindholm, 2009) และจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ได้แก่ การทำหน้าที่ของการรับรสและการดมกลิ่นลดลง ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อยและเบื่ออาหาร ตลอดจนการมีปัญหาคือ โยทหรือไม่มีฟันต้องใส่ฟันปลอมทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร หรือมีอาการปวดซึ่งส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหาร (ปาลีรัตน์, 2550) อีกทั้งจากปัญหาด้านจิตสังคม อาทิเช่น ความเหงา โดดเดี่ยว ความเครียด และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางโภชนาการอันนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต (Carrero et al., 2009)

นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก็เป็นปัญหาโภชนาการที่พบได้บ่อย โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maiorca et al., 1993) เนื่องจากการได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นจากกลูโคสในน้ำยาล้างไต ร่วมกับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในปริมาณสูง ทำให้เกิดการแปรรูปไปเป็นไขมันและสะสมในร่างกาย อีกทั้งกลูโคสจากน้ำยาล้างไตจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทำให้ผู้ป่วยบางรายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะต้านอินซูลิน (insulin resistance) และมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมา (ทวี, 2550) บุคลากรทางสุขภาพจึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อันส่งผลให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เนื่องจากในช่วงก่อนการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยต้องจำกัดการบริโภคอาหารโปรตีนเพียง 0.6-0.8 กรัม ต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน แต่เมื่อรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผู้ป่วยต้องบริโภคอาหารโปรตีนเพิ่มขึ้นเป็น 1.2-1.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน (กัจจิรา, 2552; Carrero, Heimbürger, Chan, Axelsson, Stenvinkel, & Lindholm, 2009) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 บริโภคอาหารโปรตีนน้อยกว่าที่กำหนด และประมาณร้อยละ 40 มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวกับวิธีการรักษาได้ และยังคงมีความเคยชินกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิม ร่วมกับการเบื่ออาหารและอาจเกิดจากภาวะทางจิตใจ ทำให้มีการสลายมวลโปรตีนมากขึ้นและเกิดภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำระดับรุนแรงอันส่งผลให้การทำงานของไตยิ่งเสียหายที่ (ทวิ, 2551) การบริโภคอาหารที่ถูกต้องจะช่วยลดการสร้างและสะสมของเสียในร่างกาย ช่วยชะลอความเสื่อมของไตที่ยังเหลืออยู่ ช่วยป้องกันการติดเชื้อ และลดโรคแทรกซ้อนจากภาวะทุพโภชนาการอันส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายลดลง (ชนิดา, สุนาฏ, และชวลิต, 2551) ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งประกอบด้วยการบริโภคอาหารที่สำคัญ 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ ทั้งนี้ต้องบริโภคให้เหมาะสมกับพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน โดยต้องคำนึงถึงปริมาณและค่าที่ถูกต้องตามหลักการบริโภคอาหาร บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ถูกต้อง

การจัดการตนเองเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลวิธีการจัดการตนเองที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการกำกับตนเอง (self-regulation process) ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมจำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมด้วย เนื่องจากผลกระทบของโรคไต และวิธีการรักษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งผู้ป่วยวัยสูงอายุจะมีความเชื่อและค่านิยมเรื่องการบริโภคอาหารที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก และจากสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมลงทำให้ไม่สามารถจัดหาหรือประกอบอาหารรับประทานเองได้ หรืออาจรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือขาดไป ประกอบกับในบริบทของสังคมไทยจะให้ความสำคัญกับการเคารพผู้อาวุโสและ

ความกตัญญูทเวที สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย (พรนภา, 2551) สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งกล่าวว่าการใช้กลวิธีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมของผู้ป่วยทั้งระบบ ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) กล่าวคือ ต้องร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ช่วยอำนวยความสะดวก ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้วและต้องมีส่วนร่วมในกลวิธีการจัดการตนเองทุกขั้นตอน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Buys, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย อาทิเช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (รัตนภรณ์, 2554) การปรับพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Kurniwawan, 2011) และการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Primanda, 2011) ซึ่งล้วนเป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคไตวาย โดยมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง วางแผนการปฏิบัติ และติดตามตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ถึง 5 สัปดาห์ มีการวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับระดับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และระดับความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ โดยผลการศึกษาล้วนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนภรณ์, 2554; Kurniwawan, 2011; Primanda, 2011) ซึ่งมีผู้ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายทุกสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 42.86 (Primanda, 2011) ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวยังไม่มีการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกลวิธีการจัดการตนเอง แต่จะเน้นเฉพาะความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของตนเอง จึงควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดการตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้น

ผลจากการส่งเสริมการจัดการตนเองก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการดังกล่าวข้างต้น แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล (PubMed, Cochrane Collaboration, CINAHL, ThaiLIS, ProQest) พบว่าการศึกษาวิจัยที่ส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังมีจำนวนน้อย ซึ่งในประเทศไทยพบงานวิจัยเชิงบรรยายจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรของรุ่งทิพย์ (2546) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 88 รับประทานยาตามแพทย์สั่งร้อยละ 82 มีการทำ

แผลช่องสายออกทุกวัน และสามารถแก้ไขอาการผิปกติเบื้องต้นได้ แต่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ยังรับประทานอาหารแบบเดิมตามความเคยชิน สอดคล้องกับ การศึกษาของสุภาพ (2553) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากผลกระทบจากโรคไตและการรักษา การเสื่อมสภาพตามวัย ตลอดจนการขาดความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง นอกจากนี้จากการศึกษาของสุราสินี (2554) พบว่าผู้ป่วยที่ รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นการ จัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ ซู ลู เซน และแวง (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ากลวิธีที่ใช้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการ จัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีการกำหนด เป้าหมาย การให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยเพิ่ม สมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมาย แต่ เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลังการทดลองจึงควรศึกษา เพิ่มเติมโดยมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วยหลายประการ แต่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังมีจำนวนน้อย และยังไม่มีการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวหรือ ผู้ดูแลมีส่วนร่วม สำหรับหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคลจากนักโภชนาการทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน ซึ่งจากการสอบถามนักโภชนาการและเข้า ร่วมฟังการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการ รักษา เน้นการสอนขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง การทำแผลช่องสายออก การประเมินผลกำไร ขาดทุนจากการล้างไตในแต่ละวัน และให้ความสำคัญกับการลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ ยัง ไม่มีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองเข้ามาบูรณาการในการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะด้านโภชนาการ

สำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลีคบายส์ (Kanfer&Gaelick-Buys, 1991) เป็นแนวทางในการศึกษาและให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมโดยออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
3. ผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self - management concept) ของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer&Gaelick-Buys, 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น อันประกอบด้วย การบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นเทคนิคหนึ่งที่น่าให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ โดยผ่านกลวิธีการจัดการตนเอง 3 ประการ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self - monitoring) ซึ่งเป็นการประเมินปัญหาและความพึงพอใจในพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินตนเอง (self - evaluation) เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น และการเสริมแรงตนเอง (self - reinforcement) เป็นการให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยอาจเป็นการให้รางวัล ชื่นชมตนเอง หรือได้รับคำชมเชยจากบุคคลอื่น เป็นต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะใช้แนวคิดการจัดการตนเองเข้ามาบูรณาการในการจัดกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การประเมินปัญหาและวางแผน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง โดยพิจารณาการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ผ่านมาว่าประสบปัญหาอะไรบ้างและสะท้อนคิดตามการรับรู้ตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมประเมินปัญหาดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 2) การเตรียมความพร้อมรายบุคคล เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยโดยการสอนวิธีการจดบันทึก และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับใช้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการชี้แจงบทบาทการสนับสนุนช่วยเหลือและการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับข้อมูลมาตรฐาน และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติ ระบุความมั่นใจในการปฏิบัติ และบันทึกผลสมุดบันทึก พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้ดีแล้ว และพิจารณาข้อบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3) การปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแผนการปฏิบัติ และติดตามบันทึกพฤติกรรมตนเองรวมทั้งประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ โดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมและคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ซึ่งผู้วิจัยจะติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์หาผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายให้การช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งแนะนำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ และจดบันทึกข้อมูลการสนทนาลงในแบบบันทึกของผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4) การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง เป็นการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 โดยผู้วิจัยจะใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองที่ผ่านมาทั้งหมด และกระตุ้นให้เสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย และค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมายพร้อมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ และสรุปการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมดตลอดจนการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ดังภาพ 1

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

1. การประเมินปัญหาและวางแผนเพื่อฝึกการติดตามตนเอง

- 1.1 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 1.2 ผู้ป่วยพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมาของตนเอง และสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการแก้ไขปัญหา
- 1.3 ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมประเมินปัญหาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
- 1.4 ผู้วิจัยรวบรวมปัญหาและเตรียมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง

2. การเตรียมความพร้อมรายบุคคลเพื่อฝึกการประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

- 2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพร้อมแนะนำวิธีการจดบันทึก และมอบคู่มือการจัดการตนเอง
- 2.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการชี้แนะบทบาทการช่วยเหลือ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย
- 2.3 ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ ระบุความมั่นใจในการปฏิบัติ และบันทึกลงสมุดบันทึก
- 2.4 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว และพิจารณาข้อบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง

3. การปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อฝึกการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

- 3.1 ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการปฏิบัติ และจดบันทึก พร้อมทั้งประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ และเสริมแรงตนเองกรณีสำเร็จตามเป้าหมาย หรือค้นหาอุปสรรคกรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมาย
- 3.2 ครอบครัวหรือผู้ดูแลติดตามสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้การเสริมแรงผู้ป่วย
- 3.3 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ช่วยแก้ไขปัญหา และชี้แนะการกำหนดเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์พร้อมทั้งจดบันทึกข้อมูลการสนทนาลงในแบบบันทึกของผู้วิจัย

4. การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อฝึกการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

- 4.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมาทั้งหมด และให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่ทำสำเร็จ และเสนอแนะการแก้ปัญหาในพฤติกรรมที่ยังทำไม่สำเร็จ
- 4.2 ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง เสริมแรงตนเองในเป้าหมายที่สำเร็จ และค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมาย
- 4.3 ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมสะท้อนคิดผลการปฏิบัติและสรุปการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด
- 4.4 ผู้วิจัยสรุปผล โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และเน้นย้ำให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมกร
บริโภคอาหาร 6
ประเภท ได้แก่

- 1) โปรตีน
- 2) คาร์โบไฮเดรต
- 3) ไขมัน
- 4) เกลือแร่
- 5) วิตามิน
- 6) น้ำ

ความสำเร็จ
ตามเป้าหมาย

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer&Gaelick-Buys, 1991) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านปริมาณ และความถี่ โดยครอบคลุมการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและจัดให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมสนับสนุนอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาและวางแผน การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยมีการให้ความรู้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติ ตลอดจนการลงมือปฏิบัติจริงโดยมีการแจกคู่มือการจัดการตนเองและสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับใช้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งจัดให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมและสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งนี้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายให้คำปรึกษาและให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม และพยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องติดตามให้การดูแลตามปกติในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดรวมทั้งได้รับการดูแลจากนักโภชนาการประจำโรงพยาบาลทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) และทุกวันพุธ (โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่) ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยมีการใช้โปสเตอร์ตัวอย่างชนิดอาหารเป็นสื่อประกอบการสอน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับรู้การปฏิบัติหรือการแสดงออกในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมปริมาณ และความถี่ในการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของสุนันทา (2547)

ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย หมายถึง ผลการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละสัปดาห์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สำเร็จทั้งหมด หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย และแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้ออย่างน้อย 5 วันใน 1 สัปดาห์ 2) สำเร็จบางส่วน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้ออย่างน้อย 3 วันใน 1 สัปดาห์ และ 3) ไม่สำเร็จ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งปริมาณและความถี่ ตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้อน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในร่างกายและส่งเสริมการหายของแผล

2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้แนวทางการจัดการตนเองเพื่อนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆด้วยตนเอง

3. บุคลากรทางสุขภาพได้ข้อมูลที่จะทำให้เข้าใจถึงการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพื่อวางแผนการพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณคดีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
 - 1.1 โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
2. ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
 - 3.1 ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 3.2 หลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
5. แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 5.1 ความหมายการจัดการตนเอง
 - 5.2 การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในงานวิจัย
 - 5.3 กลวิธีการจัดการตนเอง
6. การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
7. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร โดยหน่วยไตจะค่อยๆถูกทำลายจนกระทั่งหน่วยไตที่เหลือไม่สามารถชดเชยหน่วยไตส่วนที่เสียไปได้ ซึ่งสามารถตรวจพบว่ามีอัตราการกรองที่ไตหรือมีค่าโกลเมอรูล่าฟิวเตรชันเรท (glomerular filtration rate: GFR) ลดลงกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 120 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร) และมีระดับครีเอตินินในซีรัม (serum creatinine) สูงกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 0.6-1.2 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร) ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือนและอาจแน่ชัดยิ่งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอาการร่วม คือ มีอาการของภาวะซีดเรื้อรัง มีการสะสมของระดับยูเรียไนโตรเจนติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ตรวจพบว่ามีปัสสาวะปนเลือด (hematuria) มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) เซลล์ในปัสสาวะ (board cast) และขนาดของไตเล็กลงเมื่อดูจากการถ่ายภาพรังสี ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นทุกข้อในผู้สูงอายุ แต่อาจพบอาการข้อใดข้อหนึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค แต่หากมีอาการแสดงว่าผู้สูงอายุอยู่ในระยะโรคไตวายเรื้อรังที่รุนแรงแล้ว (ณัฐวุฒิและสมชาย, 2551)

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ส่วนประกอบของไต 3 ส่วน ได้แก่ โกลเมอรูล่า (glomerular) หลอดฝอยไต (renal tubule) และเซลล์ที่อยู่รอบๆหน่วยไต (interstitial) และจากความเสื่อมด้านโครงสร้างของไต ซึ่งพบว่าในช่วงอายุระหว่าง 60-74 ปี ขนาดของไตจะเล็กลง 20-30 เปอร์เซ็นต์และเมื่ออายุ 75 ปี อัตราการกรองของไตจะต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว 50 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังเกิดจากสาเหตุของโรคอื่นๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ นิ่ว และการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ (ลิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ, วินัส, และพัสมนต์, 2552) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้การทำงานของไตค่อยๆลดลงจนเสียน้ำที่และดำเนินเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในระยะรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หมายถึง วิธีการรักษาวิธีหนึ่งในการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ซึ่งมีหลักสำคัญในการทดแทนการทำงานของไต คือ การกำจัดของเสียหรือสารที่เกินความต้องการของร่างกาย และรักษาสมดุลของน้ำรวมทั้งสารต่างๆ ในร่างกายให้คงที่ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนสารต่างๆ ระหว่างเลือด เยื่อช่องท้อง และสารในน้ำยาล้างไตที่ใส่ในช่องท้อง ซึ่งหลักการของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ฉัฐวุฒิ และสมชาย, 2551; สุกร, 2552) ประกอบด้วยดังนี้

1. บทบาทของเยื่อช่องท้อง

ผนังภายในช่องท้องทำหน้าที่เป็นเสมือนที่เก็บน้ำยาล้างไต ส่วนเยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้นซึ่งมีความสามารถให้น้ำและสารต่างๆ รวมถึงสารพิษยูเรียซึมผ่านได้ โดยเยื่อช่องท้องจะสัมผัสอยู่กับหลอดเลือดจำนวนมาก เมื่อน้ำยาล้างไตถูกใส่เข้าไปในช่องท้องผ่านสายล้างไตและปล่อยทิ้งไว้ ในระหว่างนี้น้ำยาล้างไตจะสัมผัสกับผนังเยื่อช่องท้องแล้วเกิดการดึงน้ำและของเสียออกจากเส้นเลือดบริเวณผนังเยื่อช่องท้อง เรียกขบวนการนี้ว่า การแพร่ผ่าน (diffusion) ซึ่งเป็นการเคลื่อนที่ของสารที่มีความเข้มข้นสูง คือ ของเสียจากเลือด ไปสู่น้ำยาล้างไตซึ่งมีความเข้มข้นต่ำกว่า ขณะเดียวกันก็จะเกิดการพา (convection) คือ การขนส่งสารที่เกิดขึ้นพร้อมกับการขนส่งน้ำ เป็นกระบวนการที่เมื่อน้ำถูกดึงออก สารที่ละลายอยู่ก็จะออกไปด้วย ขบวนการนี้จะสิ้นสุดลงหลังจากเวลาผ่านไป 4-6 ชั่วโมงและของเสียจะถูกกำจัดออกจากร่างกายเมื่อปล่อยน้ำยาล้างไตออกจากช่องท้อง

2. ส่วนประกอบของน้ำยาล้างไต

น้ำยาล้างไตมีส่วนประกอบใกล้เคียงกับสารน้ำนอกเซลล์ ซึ่งประกอบด้วยสารต่างๆ ที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยาที่ผลิตและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสารเหล่านี้แบ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญได้ ดังนี้

2.1 เกลือแร่ชนิดต่างๆ ได้แก่ โซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของโซเดียม โดยที่การกำจัดโซเดียมออกจากร่างกายขึ้นอยู่กับอัตราการแพร่ของโซเดียม ซึ่งอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นระหว่างน้ำยาล้างไตกับเลือด และการนำพาของโซเดียมร่วมกับการเคลื่อนที่ของน้ำ สำหรับสมดุลของแคลเซียมในการล้างไตทางช่องท้องนั้นขึ้นอยู่กับ การดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหารและชนิดแคลเซียมที่ได้รับ

2.2 สารที่ปรับสมดุลกรด-ด่าง ซึ่งปัจจุบันใช้สารแลคเตต (lactate) และไบคาร์บอเนต (bicarbonate) แต่ยังไม่มีการจำหน่ายในประเทศไทย

2.3 สารที่มีคุณสมบัติในการดูดน้ำ เรียกว่า ออสโมติก เอเจนต์ (osmotic agent) ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้กลูโคส (glucose) ที่มีความเข้มข้นประมาณร้อยละ 1.36-4.25 ทั้งนี้กลูโคสในน้ำยาล้างไต จะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทำให้ได้รับอาหารและพลังงานเพิ่มขึ้น ซึ่งกลูโคสจะถูกดูดซึมประมาณร้อยละ 60-80 ที่ 6 ชั่วโมง นั่นคือ 15-22 กรัม, 24-40 กรัมและ 45-60 กรัม สำหรับความเข้มข้นร้อยละ 1.5, 2.5 และ 4.25 ตามลำดับ

3. ระบบการเปลี่ยนน้ำยา ปัจจุบันระบบการเปลี่ยนน้ำยาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1 กลุ่มที่มีสายและถุงน้ำยาคิดตัวตลอดเวลา ได้แก่ การเปลี่ยนถุงน้ำยาแบบตรงเดี่ยว (straight line system) และแบบเซฟล็อก (safe lock system) ซึ่งมีการป้องกันการติดเชื้อโดยมีตัวป้องกันการหลุดของข้อต่อและมีน้ำยามาเชื่อมต่อเป็นตัวหุ้ม

3.2 กลุ่มที่มีเฉพาะสายคิดตัว ซึ่งมีความยาวเฉลี่ย 10-12 นิ้ว ได้แก่ การเปลี่ยนแบบมีถุงน้ำยา 2 ถุงสำเร็จรูป เรียกว่า ดับเบิลแบ็ก (double bag system) และการเปลี่ยนถุงน้ำยาแบบอิชี่-วาย (easi-y system) ที่ใช้หลักการของ flush before fill คือ การล้างสายด้วยน้ำยาใหม่ 20-50 มิลลิลิตรก่อนปล่อยน้ำยาใหม่เข้าไปในช่องท้องเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำยาที่ค้างอยู่ในสายกลับเข้าสู่ตัวผู้ป่วย

4. การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการรักษาที่เน้นให้ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง การที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นจึงต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยสูงอายุที่จะรับการรักษาด้วยวิธีนี้จึงต้องได้รับการพิจารณาจากทีมสุขภาพ (เกรียง, เถลิงศักดิ์, ทรงเกียรติ, และนนทา, 2551; สุกร, 2552) ดังนี้

4.1 การพิจารณาด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการชั่งประวัติเกี่ยวกับโรคพื้นฐาน อุปสรรคหรือข้อจำกัดต่างๆ เช่น สายตาไม่ดี มือสั่น กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และได้รับการตรวจร่างกาย ซึ่งมีข้อห้ามเด็ดขาด ได้แก่ มีพังผืดในช่องท้องมาก หรือไม่สามารถทำการล้างไตด้วยตนเองได้และไม่มีผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามรอง คือ มีรอยรั่วของเยื่อช่องท้อง ขนาดร่างกายเล็กเกินไปไม่สามารถทนต่อการใส่น้ำยาล้างไตที่มีปริมาตรสูงได้ เป็นโรคไตใส่แอกเสบหรือใส่ขดเลือด การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

4.2 การพิจารณาด้านจิตสังคม ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีสภาพจิตปกติ มีความต้องการ และมีแรงจูงใจในการรักษา อยากเรียนรู้และรู้ถึงคุณค่าของการรักษาด้วยวิธีนี้ มีความเชื่อว่าหากทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยความระมัดระวังจะทำให้สุขภาพดีและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เชื่อว่า

สามารถดูแลตนเองได้และได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่ตื่นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เลิกการรักษา กลางคัน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังทุกรายต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวข้างต้นจึงจะได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และสามารถกลับไปล้างไตได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะผลกระทบด้านภาวะทุพโภชนาการที่พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 50 (นครินทร์, 2553) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและไม่เกิดปัญหาทางโภชนาการ

ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความสำคัญต่อร่างกาย เนื่องจากบุคคลจำเป็นต้องได้รับพลังงานจากอาหารเพื่อการดำรงชีวิต เพื่อให้อวัยวะของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกำลังในการประกอบอาชีพ มีการเจริญเติบโต มีความต้านทานโรคทำให้มีสุขภาพดี สำหรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีข้อด้อยที่สำคัญคือ ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (ชนิดา, สุนาภ, และชวลิต, 2551; Grapsa & Oreopulos, 2009) โดยพบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความเสี่ยงและมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดสารอาหารและพลังงานได้ถึง 51% (Cianciaruso et al., 1995) นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก็เป็นปัญหาโภชนาการที่พบได้บ่อย โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง และเพศชายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maiorca et al., 1993) ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของปัญหาทางโภชนาการดังกล่าวเกิดจากทั้งผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรัง และการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ดังนี้

1. ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังจะมีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างต่อเนื่องจนหน้าที่การทำงานของไตเสื่อมไปเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร (metabolism) ต่างๆในร่างกายที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ (ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

1.1 เกิดความไม่สมดุลกรดด่าง (acid-base imbalance) และการเผาผลาญที่เป็นกรด (metabolic acidosis) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่ออัตรากรรกรองของไตน้อยกว่า 20-25% ของปกติ ทำให้ความสามารถในการดูดกลับไบคาร์บอเนต (bicarbonate) ลดลงและลดการขับแอมโมเนียออกจากร่างกายส่งผลให้มีกรดคั่งในร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดผลเสียต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ มีความผิดปกติในการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) และการเผาผลาญไตรกลีเซอไรด์ เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร

1.2 ความผิดปกติของการเผาผลาญโปรตีน ทำให้มีการสูญเสียโปรตีนที่สะสมในร่างกายส่งผลให้มีระดับอัลบูมิน (albumin) ต่ำกว่าปกติ

1.3 ความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เกิดขึ้นเมื่ออัตรากรรกรองของไตน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อนาทีซึ่งพบได้ทั้งในผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็นเบาหวาน โดยทำให้อินซูลินทำงานผิดปกติ เกิดภาวะคืออินซูลิน (insulin resistance) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและมีผลต่อการเผาผลาญไขมัน

1.4 ความผิดปกติของการเผาผลาญไขมัน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจะมีไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นเนื่องจากร่างกายมีการสลายไขมันลดลง และมีภาวะอินซูลินสูงในเลือด (hyperinsulinemia) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและมีไขมันในเลือดสูง

2. ผลกระทบจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ต้องมีการใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องและปล่อยออกจากร่างกายวันละ 4-6 รอบ ซึ่งพบว่ากระบวนการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ดังนี้

2.1 มีการสูญเสียโปรตีน 5-15 กรัมต่อวัน และสูญเสียเกลือแร่ที่สำคัญ คือ โพแทสเซียมและวิตามินที่ละลายในน้ำ เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 6 และวิตามินซีไปกับน้ำยาล้างไต (ชนิตา, สุนาฏ, และชวลิต, 2551; Oreopoulos&Dimkovic, 2003)

2.2 มีการดูดซึมกลูโคสจากน้ำยาล้างไตเข้าสู่ร่างกายวันละมากๆ ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น 500-800 กิโลแคลอรีต่อวัน (สุชาติณี, 2554) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาจึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลิว

2.3 กลูโคสจากน้ำยาล้างไตทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มมากกว่าที่ควรได้รับผู้ป่วยบางรายอาจมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนมีภาวะต้านอินซูลิน (insulin resistance) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงซึ่งนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมา (ทวี, 2550)

2.4 ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไปในช่องท้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดแน่นท้องจึงเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่มาก (สุกร, 2552)

โรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นสิ่งที่เป็นผลตามมา คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหารและพลังงานหรือมีภาวะน้ำหนักเกิน ในขณะเดียวกันก็มีผลให้การดำเนินของภาวะไตวายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ ได้แก่ มีการสะสมของไนโตรเจนในรูปของยูเรียและมีฟอสเฟตสูงเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย อันนำไปสู่อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น (ศุภวรรณ, 2553; อุปลัมภ์, 2553) บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายรวมทั้งช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษา

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ความหมายพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1972) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (food consumption behaviors) ไว้ว่าเป็นการประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหาร การเลือกว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่นเดียวกับบงลักษณ์ (2544) ที่ให้ความหมายว่า พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติประจำวันเพื่อให้ร่างกายได้รับความสมดุลและมีพลังงานเพียงพอกับความต้องการของตน โดยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารจะประกอบด้วย ความถี่ของการบริโภค ชนิดอาหาร รวมทั้งอาหารที่ควรงดเว้นทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ส่วนดราลักษณ์ (2544) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารทั้งทางด้านการแสดงออกและด้านความคิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้วจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะบางชนิดที่อยากรับประทาน และรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมปริมาณ และความถี่ในการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ

หลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จะมีการล้างไตเกือบตลอดเวลาซึ่งส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของเสียในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล แต่พบว่าหลังการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องประมาณ 3 เดือนผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนด้านโภชนาการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ(โอกาส และศุภชัย, 2550) ดังนั้นการดูแลเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนและช่วยในการประคับประคองการทำงานของไต ซึ่งผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องควรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ภักจจิรา, 2552; Carrero, Heimbürger, Chan, Axelsson, Stenvinkel, & Lindholm, 2009) ดังนี้

1. โปรตีน

พบได้ทั้งในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ในพืชและผลิตภัณฑ์จากพืช เช่น ข้าว แป้ง ผัก ผลไม้ แต่ที่พบมาก คือ ในเนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ รวมทั้งไข่และนม แต่ในผู้ป่วยบางรายการดื่มนมอาจไม่เหมาะสมเพราะในน้ำนมมีโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง จึงรับประทานได้แต่น้อยโดยควรเลือกดื่มนมชนิดพร่องมันเนยที่มีไขมันต่ำแต่ไม่ควรเกิน 240 ซีซีต่อวันและต้องลดปริมาณเนื้อสัตว์ในวันนั้นด้วย ทั้งนี้โปรตีนแบ่งเป็น 2 ชนิดตามคุณภาพ ได้แก่ 1) โปรตีนคุณภาพดี เช่น ไข่ขาว เนื้อปลาหรือเนื้อสัตว์ชนิดอื่นที่ไม่ติดมัน นมและผลิตภัณฑ์จากนม ซึ่งควรรับประทานอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของปริมาณโปรตีนทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน 2) โปรตีนที่มีคุณภาพต่ำ เช่น โปรตีนจากแป้ง ผัก ผลไม้ ควรรับประทานในปริมาณพอเหมาะ

ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องควรได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนบำบัด คือ 1.2-1.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน เนื่องจากมีการสลายตัวของโปรตีนสูงกว่าปกติและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาล้างไต โดยผู้ป่วยควรรับประทานเนื้อสัตว์สุก เช่น เนื้อหมู/ไก่/ปลาอย่างน้อย 2 ช้อนโต๊ะ (ช้อนกินข้าว) ต่อมื้อ วันละ 3 มื้อ (2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีน 7 กรัม) และโปรตีนที่ควรได้รับอย่างน้อย 50 เปอร์เซ็นต์ควรเป็นโปรตีนคุณภาพดีเช่น รับประทานไข่ขาวมื้อละ 2 ฟอง หรืออย่างน้อยวันละ 4-6 ฟอง หรือรับประทานเนื้อปลา/ปลาแดง 1 ตัวเล็กต่อ 1 มื้อ

หลักเลี้ยงโปรตีนที่มีไขมันอิ่มตัวหรือมีฟอสเฟตสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ไข่ปลา เอ็นสัตว์ต่างๆ และถั่วเมล็ดแข็ง ควรเลือกเนื้อปลาและไข่ขาวเพราะมีสารดังกล่าวในปริมาณน้อยมาก อีกทั้งมีความนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยและดูดซึมง่ายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ถ้าต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่เพิ่มปริมาณโปรตีนสามารถทำได้ โดยการใช้แป้งที่มีโปรตีนต่ำในการประกอบอาหาร เช่น แป้งสาคู วุ้นเส้น กว๊วเตี๋ยวเซียงไฮ้ ถ้าต้องการลดพลังงานอาจใช้น้ำตาลเทียมในการปรุงอาหาร และถ้าต้องการลดกะทิอาจใช้นมพร่องมันเนยหรือกะทิเทียม

2. คาร์โบไฮเดรต

พลังงานส่วนใหญ่ได้มาจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมด แต่เนื่องจากในน้ำยาล้างไตจะมีส่วนผสมของน้ำตาลซึ่งเป็นสารอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่จะให้พลังงานแก่ผู้ป่วยได้เช่นกัน ฉะนั้นคาร์โบไฮเดรตจากคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่แนะนำให้รับประทานเพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นน้อยกว่าชนิดอื่นๆ ที่แนะนำผู้ป่วย คือ ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์จากข้าว เช่น วุ้นเส้น เส้นหมี่ ขนมหิน เส้นก๊วยเตี๋ยว ขนมหึง เผือก มัน เป็นต้น แต่ที่พบมากคือในข้าวและแป้ง อาหารหมักนี้เป็นแหล่งให้พลังงานที่สำคัญของร่างกาย แต่ถ้าบริโภคมากเกินไปที่ร่างกายต้องการสารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะเปลี่ยนไปเป็นไขมันและเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจนทำให้เกิดโรคอ้วนได้ โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาลอาจส่งเสริมให้เกิดการสร้างไตรกลีเซอไรด์ในตับและในลำไส้เล็กเพิ่มขึ้นซึ่งผลเสียที่จะเกิดตามมา คือ อาจเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับพลังงานที่ต้องการ ดังนั้นควรรับประทานข้าวหรือแป้งในปริมาณที่พอเหมาะกับแรงงานที่ใช้ โดยรับประทานข้าวอย่างน้อยมีอยู่ 2-3 ทัพพี ควรเลือกข้าวเจ้าและผลิตภัณฑ์ที่ทำจากข้าวเจ้า หลักเลี้ยงข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากแป้งสาลี เช่น บะหมี่ ข้าวโอ๊ต หมี่ซั่ว มักกะโรนี เพราะมีปริมาณเกลือแร่ ฟอสฟอรัส และโปรตีนสูงแต่เป็นโปรตีนคุณภาพดีและมักมีการใช้สารปรุงแต่ง ถ้าไม่อิมให้รับประทานแป้งที่ไม่มีโปรตีนหรือมีโปรตีนต่ำทดแทน เช่น ผัดวุ้นเส้น กว๊วเตี๋ยวเซียงไฮ้ น้ำแข็ง ขนมหุ่ยช่ายจากแป้งมัน เป็นต้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยจำเป็นต้องได้รับน้ำตาลซึ่งเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ดูดซึมได้เร็ว และให้พลังงานมาก เช่น ขนมหวาน เจลลี่ แยม และน้ำผึ้งแต่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย

3. ไขมัน

ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงมาก (ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี) การได้รับพลังงานอย่างเพียงพอจะช่วยป้องกันไม่ให้ร่างกายสลายโปรตีนและกล้ามเนื้อมาเป็นพลังงาน

ทดแทน ซึ่งนอกจากทำให้ร่างกายเสียดุลแล้วยังทำให้โพแทสเซียมไหลออกนอกเซลล์จนเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในเลือด ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน (ideal body weight: IBW) 1 กิโลกรัมต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติควรได้รับพลังงาน 40-50 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน แต่ในผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากเกินไปอาจลดพลังงานให้เหลือ 25-30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงพลังงานที่ได้รับจากกลูโคสในน้ำยาล้างไตด้วย

การบริโภคอาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยต้องบริโภคไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน โดยอาหารประเภทนี้พบได้ทั้งจากสัตว์และจากพืช ไขมันจากสัตว์ ได้แก่ น้ำมันหมู เนย ไขมันที่แทรกอยู่ในอาหารหรือเนื้อสัตว์ติดมันและครีมในนํ้านม เป็นต้น ไขมันจากพืช ได้แก่ กะทิ น้ำมันจากถั่วและมะพร้าว พลังงานที่ได้จากไขมันและน้ำมันในปริมาณที่เหมาะสมจะถูเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่างๆของร่างกาย นอกจากนี้ไขมันยังให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและช่วยในการดูดซึมวิตามิน เอ ดี อี และ เค เข้าสู่ร่างกาย แต่ถ้าบริโภคมากเกินไปจะทำให้เป็นโรคอ้วนได้ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมักมีปัญหาไขมันผิดปกติ (dyslipidemia) คือ มีไขมันชนิดเลว (LDL-c) สูงและมีไขมันชนิดดี (HDL-c) ต่ำ ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว (saturated fat) ซึ่งพบมากในไขมันสัตว์และในพืชบางชนิด เช่น กะทิ เนย นม เนื่อมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนยเทียม เป็นต้น หากต้องใช้ใช้น้ำมันให้เลือกน้ำมันกลุ่มที่มีไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fat) ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดทานตะวัน หรือน้ำมันงา เพราะพบว่าน้ำมันพืชเหล่านี้ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล และช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้ผู้ป่วยควรบริโภคไม่เกิน 2 ช้อนชาต่อ 1 มื้อ หรือไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน และควรหลีกเลี่ยงน้ำมันพืชที่ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากของเหลวเป็นของแข็งในอุณหภูมิปกติ เช่น มาการีน และเนยขาวที่ใช้ทำขนมอบต่างๆ

4. เกลือแร่

4.1 โซเดียม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องจำกัดการรับประทานอาหารประเภทโซเดียมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน โดยต้องลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและงดผงชูรส ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโซเดียมประมาณ 2,000-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน ปกติการรับประทานอาหารโดยไม่ปรุงรสจะได้รับโซเดียมประมาณ 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเครื่องปรุงส่วนใหญ่ 1 ช้อนชามีโซเดียมเฉลี่ย 400 มิลลิกรัม ผู้ป่วยควรงดอาหารที่มีโซเดียมสูง อาทิเช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม ผลไม้และผักแปรรูป และหลีกเลี่ยงเครื่องปรุงรสเค็มต่างๆหรือใส่ปริมาณน้อยมากกล่าวคือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา (ช้อนกาแฟ) ต่อ 1 มื้อ และควรงดใช้ผงชูรส เต้าเจี้ยว ซีอิ๊ว แต่อาจใช้เครื่องเทศหรือสมุนไพรในการช่วยชูรสอาหาร เช่น ใบโหระพา พริก พริกไทย หอม กระเทียม ขิง ข่า ตะไคร้ มะนาว ใบมะกรูด

รากผักชี เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาการบวมและมีความดันโลหิตสูงต้องจำกัดโซเดียมตามปริมาณที่แพทย์สั่งเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

4.2 โพแทสเซียม พบได้ทั้งในผักและผลไม้ชนิดต่างๆ ผักที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ เห็ด หน่อไม้ฝรั่ง ดอกกะหล่ำ แครอท ผักบุง ผักกาดขาว เป็นต้น ส่วนผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ กล้วยหอม กระท้อน มะม่วงสุก และผลไม้แห้งชนิดต่างๆ เป็นต้น การเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม ผู้ป่วยต้องรับประทานตามแผนการรักษาโดยพิจารณาจากระดับโพแทสเซียมในเลือด แต่โดยปกติแล้วผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังควรงดเว้นอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมักมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (< 3.5 mEq/L) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย กรณีนี้ผู้ป่วยต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง แต่หากไม่ต้องการให้ได้น้ำตาลกรณเป็นเบาหวานร่วมด้วยควรเลือกดื่มน้ำดื่มผัก เช่น น้ำดื่มผักโขม แต่เมื่อเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (> 5 mEq/L) ผู้ป่วยควรงดผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ทั้งนี้การลดปริมาณโพแทสเซียมทำได้โดยนำผลไม้มาปอกเปลือกและล้างน้ำหลายครั้ง หรือปรุงให้สุกแทนการรับประทานแบบดิบ

4.3 แคลเซียม ฟอสฟอรัส และแมกนีเซียม ปริมาณที่ควรได้รับในแต่ละวันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความเข้มข้นของแคลเซียมและแมกนีเซียมในน้ำยาล้างไต ภาวะของโรคกระดูกและการคั่งของฟอสฟอรัสในร่างกาย หากผู้ป่วยมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงจะทำให้แคลเซียมถูกดึงออกมาจากกระดูกซึ่งก่อให้เกิดผลเสีย คือ เสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกและกระดูกหักง่าย นอกจากนี้ฟอสฟอรัสอาจจับกับแคลเซียมแล้วเกาะตามผิวหนังทำให้เกิดอาการคัน ดังนั้นจึงต้องจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว สัตว์ประเภทแมลงต่างๆ รวมทั้งเต้าหู้ ขนมอบต่างๆ และน้ำอัดลม ทั้งนี้กรณีแพทย์สั่งยาจับฟอสเฟต (phosphate binder) และแคลเซียมคาร์บอเนต ผู้ป่วยจะต้องกำหนดเวลารับประทานให้ชัดเจน เช่น รับประทานยาจับฟอสเฟตพร้อมอาหารและรับประทานแคลเซียมคาร์บอเนตระหว่างมือ

5. วิตามิน

วิตามินพบมากในผักและผลไม้ ซึ่งผักที่รับประทานได้ต้องมีระดับโพแทสเซียมต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ แตงกวา แตงร้าน มะระ ฟักเขียว บวบ มะเขือยาว ผักกาดแก้ว ผักกาดหอม เป็นต้น ส่วนผลไม้ที่แนะนำได้แก่ แอปเปิ้ล ส้ม ส้มโอ มังคุด ชมพู เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงผักที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น เห็ด หัวปลี ผักบุง ผักกาดขาว ฟักทอง ข้าวโพด เป็นต้น นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วยหอม มะม่วงสุก ทูเรียน หน่อหน่า ลำไย ขนุน เป็นต้นแต่เนื่องจากผักมีกากแข็งจึงย่อยยากและอาจทำให้ท้องอืดเพราะมีแก๊สมาก ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงควรรับประทานผัก

ต้มหรือหนึ่งจนสุกนุ่ม ทั้งนี้ผู้ป่วยมักสูญเสียวิตามินที่ละลายในน้ำไปกับน้ำยาล้างไต ได้แก่ วิตามินซี วิตามินบี 6 บี 12 และกรดโฟลิก จึงควรได้รับวิตามินเหล่านี้เสริมควบคู่กับการบริโภคอาหาร

6. น้ำ

การจำกัดน้ำ (fluid restriction) และการเลือกน้ำดื่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต้องคำนึงถึง 2 ประการ ได้แก่ ปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมและชนิดของน้ำดื่ม ปริมาณน้ำดื่มขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โดยในผู้ป่วยที่ยังสามารถขับปัสสาวะได้และไม่มีอาการบวม สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติในปริมาณ 1,000-2,000 ซีซีต่อวัน แต่กรณีมีการคั่งของเสียมากขึ้นและมีอาการบวมร่วมกับมีปัสสาวะลดลงควรจำกัดน้ำให้น้อยกว่า 1,000 ซีซีต่อวัน โดยปริมาณน้ำที่ควรได้รับต่อวันจะขึ้นอยู่กับปริมาณปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมา บวกกับปริมาณน้ำที่เสียไปทางอุจจาระ เหงื่อและลมหายใจอีกประมาณ 500-700 ซีซี ส่วนชนิดของน้ำที่ควรดื่ม ได้แก่ น้ำฝน น้ำประป่าน้ำกรองหรือน้ำต้มสุก ไม่ควรดื่มน้ำบาดาลที่มีรสกร่อย น้ำแร่บรรจุขวดหรือเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่เพราะอาจมีเกลือโซเดียมละลายอยู่ และไม่ควรดื่มน้ำผลไม้เพราะมีโพแทสเซียมในปริมาณมาก

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีควรสนับสนุนให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ทั้งนี้การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความจำเป็นในการวางแผนดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย

การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำได้หลายวิธีโดยมีรูปแบบการประเมิน (กัลยา, 2553; อุปถัมภ์, 2553) ดังนี้

1. การซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hours dietary recall) คือ การสัมภาษณ์ถึงอาหารที่บริโภคในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง (24 hours recall) ซึ่งเป็นการวัดในเชิงปริมาณบางครั้งต้องใช้ข้อมูลประกอบการคาดคะเนปริมาณอาหารและมีอาหารจริง อาหารจำลองหรือรูปภาพประกอบการประเมิน ซึ่งเป็นวิธีเก็บข้อมูลที่มีราคาถูกลงและง่ายต่อการเก็บข้อมูล
2. การบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 hours dietary record) เป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและเป็นวิธีการที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดวิธีนี้จะให้ผู้ป่วยบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงโดยบันทึกเป็นเวลา 3-7 วัน ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3. แบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภค (Food frequency questionnaires; FFQ)

(รุ่งนภา, 2542) เป็นการบันทึกความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ในหน่วยเวลาที่กำหนดอาจเป็นชนิดที่ใช้ประเมิน โดยการสัมภาษณ์หรือให้ผู้ถูกประเมินตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือรายการอาหารชนิดต่างๆ และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิดจำนวนความถี่ต้องมีความต่อเนื่องกันเช่นจำนวนครั้งต่อวันจำนวนครั้งต่อสัปดาห์จำนวนครั้งต่อเดือนรูปแบบคำถามอาจจะเพิ่มเติมคำถามที่เกี่ยวกับขนาดและปริมาณของอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วยแบบสอบถามชนิดนี้เรียกว่า “semi-quantitative food frequency questionnaires: SFFQ” สามารถใช้ศึกษาแบบแผนการบริโภคในกลุ่มประชากรได้และเป็นวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีอื่นแต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถวัดรายละเอียดของอาหารที่บริโภคได้ทั้งนี้การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุจะนิยมใช้แบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีความยุ่งยากประหยัดเวลาในการตอบไม่รบกวนผู้สูงอายุมากเกินไปอีกทั้งสามารถอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสุนันทา (2547) ซึ่งศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวนข้อคำถามมีความเหมาะสม และประเมินได้ครอบคลุมในด้านปริมาณและความถี่ของการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ แบ่งเป็นด้านการเลือกอาหารและน้ำดื่มให้เหมาะ 25 ข้อ และด้านการแก้ไขอุปสรรคในการรับประทานอาหาร 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเหลือข้อคำถาม 25 ข้อ โดยเลือกเฉพาะด้านการเลือกอาหารและน้ำดื่มให้เหมาะ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ไม่ได้มุ่งเน้นศึกษาด้านการปรับตัวต่อการบริโภคอาหาร ทั้งนี้การแก้ไขอุปสรรคในการรับประทานอาหารจะเกิดขึ้นในกระบวนการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่แล้ว โดยผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับหลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการติดตามประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้นักการทราบผลลัพธ์ของการพยาบาลและเลือกรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสำคัญและประเมินปัจจัยเหล่านั้นอย่างครอบคลุม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นส่วนหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยมและการดูแลตนเอง ในสังคมไทยกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัวและเพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้พบว่าในยามเจ็บป่วยเพศหญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (นัยนา, 2535) ดังนั้นเพศหญิงอาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่าเพศชาย

1.2 อายุ ความต้องการสารอาหารชนิดต่างๆจะแตกต่างกันตามอายุ และอายุยังมีผลต่อนิสัยการบริโภคอาหาร กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุมักมีนิสัยการรับประทานอาหารที่แน่นอนซ้ำๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารตามความชอบ กล่าวต่อการรับประทานอาหารที่แตกต่างออกไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (อมรรัตน์, 2553)

1.3 สถานภาพสมรส เป็นสถานะการสมรสของผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงการจดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย ซึ่งคู่สมรสจัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (อมรรัตน์, 2553)

1.4 ระดับการศึกษา หมายถึง การจบการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย (ฉัตรทอง, 2540) และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศุภภกร, 2531)

1.5 อาชีพ การประกอบอาชีพในปัจจุบันเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากอาชีพมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่ และโอกาสในการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน (ศิรินทิพย์, 2541)

1.6 ศาสนา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลจะแตกต่างกันตามความเชื่อของศาสนา เช่น ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะไม่รับประทานหมู ศาสนาฮินดูไม่รับประทานเนื้อวัว ศาสนาพุทธกลุ่มสันติอโศกรับประทานมังสวิรัต (เกษตรกน, 2550)

1.7 รายได้ รายได้เป็นจำนวนเงินที่บุคคลได้รับต่อเดือนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ดี ซึ่งพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (อมรรัตน์, 2553)

2. ปัจจัยด้านสรีรวิทยาของร่างกายได้แก่

2.1 การมีปัญหาด้านร่างกายโดยตรง ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับฟันซึ่งใช้ในการเคี้ยวอาหาร อาทิเช่นมีปัญหาฟันโยกหรือไม่มีฟัน ต้องใส่ฟันปลอมทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารหรือมีอาการเจ็บส่งผลกระทบต่อกรเลือกชนิดของอาหาร (ปาลีรัตน์, 2550) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องฟันในการบดเคี้ยวอาหารจะได้รับสารอาหารและมีภาวะโภชนาการดีกว่าผู้ที่มีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร (อรพินท์, จินต์, พัทธมย์, และโสภณ, 2548) และผู้ที่มีปัญหาเรื่องฟันเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ เนื่องจากมีความลำบากในการเคี้ยวอาหารประเภทเนื้อสัตว์ (Musacchio et al., 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการรับรสและการดมกลิ่นลดลงทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อยและเบื่ออาหาร รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการจัดหาอาหารและการเตรียมอาหารเพื่อบริโภค (ปาลีรัตน์, 2550)

2.2 การมีโรคร่วม อาทิเช่น โรคเบาหวาน มีผลให้การบีบตัวของลำไส้ลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง หรือในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย อาจมีอาการเหนื่อยง่ายซึ่งเป็นอุปสรรคในการจัดเตรียมอาหารเพื่อรับประทานและทำให้ไม่เจริญอาหาร (ชนินดา, สุนาภ, และชวลิต, 2551)

3. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์

3.1 ปัญหาทางจิตสังคม (psychosocial problem) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีปัญหาด้านจิตสังคม เช่น โรคเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ไม่ดี โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจในการดูแลตนเองลดลง มีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา (เสาวรศ, 2553; Pollack, 2005) และพบว่าวัยสูงอายุจะมีความเหงาง่ายกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากมีเวลาว่างมากขึ้นและมีการพลัดพรากจากบุคคลที่รักโดยเฉพาะคู่ครอง ทำให้มีจิตใจหดหู่ ว้าเหว่ วิตกกังวลและซึมเศร้าจึงขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (สุรกุล, 2534)

3.2 แรงจูงใจทางด้านสุขภาพหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีแรงจูงใจที่ดีจะส่งผลด้านบวกให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ศศิธร, 2542) และการที่ผู้ป่วยได้กำหนดจุดมุ่งหมายไว้ตามข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง (McCann & Bovbjerg, 1998)

4. ปัจจัยด้านความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี

4.1 ความเชื่อความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาทิเช่น รูปแบบการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร และการปรุงอาหาร (นงลักษณ์, 2548) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

(เกศกนก, 2550)

4.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการรักษาซึ่งส่งผลทางบวกต่อการปฏิบัติตามเพื่อดูแลตนเอง (Zappacosta & Perras, 1984)

4.3 วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีภูมิปัญญาท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคล ทั้งในด้านความเชื่อในการบริโภค ค่านิยมการบริโภคและลักษณะนิสัยการบริโภค (อมรัตน์, 2553)

5. ปัจจัยด้านการรักษา

5.1 การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องใส่น้ำยาล้างไตไปในช่องท้องครั้งละประมาณ 2 ลิตรส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด แน่นท้อง ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง (สุภาพ, 2553) และการที่ร่างกายได้รับพลังงานจากกลูโคสในน้ำยาล้างไตร่วมด้วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอดเวลาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกริว (ศิริรัตน์, 2551)

5.2 การรับประทานยาที่มีผลต่อความอยากอาหาร ได้แก่ ยาจับฟอสเฟต (phosphate binder) มักทำให้เกิดอาการท้องผูกซึ่งส่งผลต่อความอยากอาหารของผู้ป่วย

การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกรูปแบบการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมปัจจัยด้านบวก และกำจัดปัจจัยด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการ

บริโภคอาหารมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และสามารถจัดการปัจจัยที่เป็นสาเหตุและเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) การคิดรู้ (cognitive) และทฤษฎีกาย-จิต (psycho-physiological) ซึ่งการเรียนรู้ทางสังคมเป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนโดยมีการแสดงอาการ (reaction) ต่อการสร้างเสริมการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ (completion) และต้องมีการควบคุมตนเอง (self-regulation) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

ความหมายการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีหลากหลายวิชาชีพได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติ ทั้งวิชาชีพทางการแพทย์ การฟื้นฟู กายภาพบำบัด รวมทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิต จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของการจัดการตนเองได้ครอบคลุมทั้งหมด ปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามชัดเจนหรือเป็นมาตรฐานเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายการจัดการตนเองไว้หลากหลาย ได้แก่ การจัดการตนเอง หมายถึง พลังทางบวกของผู้ป่วยในการควบคุมกำกับตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมอาการของโรค โดยการปรับกิจกรรมให้เข้ากับชีวิตประจำวันตามแบบที่ตนเองชอบ (Curtin & Mapes, 2001) สอดคล้องกับการให้ความหมายของบาร์โลว์และคณะ (Barlow et al., 2002) ซึ่งให้ความหมายว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการของโรค การรักษา จัดการด้านร่างกายและจิตใจของตนเองรวมถึงปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันและการจัดการภาวะใดๆก็ตามที่มีผลกระทบต่อรับรู้พฤติกรรมและความรู้สึกของตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ลอริกและฮอลแมน (Loric & Holman, 2003) ให้ความหมายว่า เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแบบวันต่อวันในการดูแลตนเองตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับไรแอนและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นการที่ผู้ป่วยควบคุมและมีความรับผิดชอบในการจัดการภาวะโรคเรื้อรังหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่กระทำหรือร่วมกระทำกับผู้อื่นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีการยินยอมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะสุขภาพตนเอง รวมทั้งจัดการกับผลกระทบจากภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาสิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่สนใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้เสนอกลวิธีการจัดการตนเองไว้อย่างชัดเจน โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของตนเอง ให้มีความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพหรือผู้ช่วยเหลือ (helper) ในการเสนอสิ่งที่ดีที่สุดและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change-agent) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทอิสระจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาด้านการคิด การจัดการกับอารมณ์ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติของตนเองในการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้แคนเฟอร์ และกาสิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ให้ความเห็นว่าการใช้กลวิธีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมของผู้ป่วยทั้งระบบ ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงต้องมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ กล่าวคือ ต้องร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะใหม่ ช่วยอำนวยความสะดวก ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้ว และต้องมีส่วนร่วมในกลวิธีการจัดการตนเองทุกขั้นตอน

การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในงานวิจัย

การจัดการตนเองสามารถนำมาใช้ได้ 3 รูปแบบ (Ryan & Sawin, 2009) ได้แก่ 1) กระบวนการ (process) คือ การใช้ทักษะการกำกับตนเองในการจัดการภาวะโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ดังเช่น การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเองและการสะท้อนกลับ ความคิด การตัดสินใจ วางแผนการปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย รวมทั้งการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 2) โปรแกรม (program) มักเรียกว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management support program) ซึ่งออกแบบโดยผู้ชำนาญการทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบในการจัดการโรคเรื้อรังและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) ผลลัพธ์ (outcome) คือ ผลจากการเข้าร่วมใน

กระบวนการจัดการตนเอง ดังเช่น การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสม การติดตามควบคุมน้ำหนักของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Bays, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อาทิเช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังของรัตนภรณ์ (2554) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีการดำเนินโปรแกรมรวม 5 สัปดาห์ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินปัญหา การเตรียมความพร้อมรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยการให้ความรู้ การฝึกกำหนดเป้าหมายและวางแผน ตลอดจนให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์ดังกล่าว และมีสมุดบันทึกและคู่มือการจัดการตนเองให้ผู้ผู้ป่วยทุกราย โดยมีการนัดพบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของเคอนิวะวาน (Kurniwawan, 2011) ซึ่งมีการดำเนินโปรแกรมรวม 5 สัปดาห์ โดยมีการให้ผู้ผู้ป่วยสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของตนเอง มีการประเมินระดับความรู้ก่อนเริ่มการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 ตลอดจนการกำหนดเป้าหมายและวางแผน การประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายและสอบถามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยมีการนัดพบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งนี้มีแบบฟอร์มการบันทึกผลสำเร็จตามเป้าหมาย และคู่มือการจัดการตนเองให้ผู้ผู้ป่วยทุกราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเท้าหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และร้อยละ 42.86 ของกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้ง 4 สัปดาห์ เช่นเดียวกับการปรับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของปริมาณดา (Primanda, 2011) ที่มีลักษณะกิจกรรมในโปรแกรมคล้ายคลึงกัน แต่ลดการดำเนินโปรแกรมเหลือ 4 สัปดาห์ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และร้อยละ 31.4 ของกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้ง 3 สัปดาห์

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ ซู ลู เซน และแวง (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ

ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องแบบต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ากลวิธีที่ใช้มีความสอดคล้องกับแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีการดำเนินโปรแกรมรวม 6 เดือน มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มโปรแกรมโดยใช้สื่อแผ่นพับและวิดีโอ มีการกำหนดเป้าหมาย และฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านนาน 6 เดือน ผู้วิจัยมีการ โทรศัพท์ติดตามและอีเมลหาผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติและกระตุ้นการเสริมแรงตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมาย แต่เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังการทดลองจึงควรศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 4 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน โดยส่วนใหญ่ดำเนินโปรแกรมนาน 5 สัปดาห์และมีลักษณะกิจกรรมคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การประเมินปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบ การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านและการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้มีการติดตามด้วยการ โทรศัพท์จากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทุกการศึกษาล้วนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและยังมีผลเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้พบว่าการศึกษาดังกล่าวไม่มีการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกลวิธีจัดการตนเองแต่เน้นเฉพาะความรับผิดชอบของผู้ป่วย จึงควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยและเพิ่มระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเลือกระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมที่เหมาะสม คือ 5 สัปดาห์ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาล้วนก่อให้เกิดผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเองในพฤติกรรมของตน สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง อันส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทั้งนี้กลวิธีจัดการตนเองเป็นกระบวนการสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

กลวิธีการจัดการตนเอง

กลวิธีการจัดการตนเองมีรากฐานมาจากกระบวนการกำกับตนเอง (self-regulation process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย เปรียบเสมือนกระบวนการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองจะให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการแสดงพฤติกรรมที่ตนเองต้องการและมีส่วนร่วมกับการวางแผนสุขภาพในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมวางแผนมากกว่าเป็นผู้รับข้อเสนอหรือรับความช่วยเหลือ ดังนั้นบทบาทของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและผู้ดูแลหรือครอบครัว คือ การอำนวยความสะดวกและเสนอสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลจากแหล่งควบคุม 3 แหล่งที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ระบบชีวภาพของร่างกาย และพื้นฐานการรับรู้ส่วนบุคคล แหล่งควบคุมเหล่านี้มีลักษณะเป็นพลวัตรและเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสิ่งแวดล้อมจึงมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร บางครั้งถูกควบคุมด้วยระบบชีวภาพของร่างกายแต่บางครั้งถูกควบคุมจากกลิ่นอาหารซึ่งเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม การใช้กลวิธีการจัดการตนเองจึงเป็นการช่วยฝึกผู้ป่วยให้สามารถจัดการหรือลดปัจจัยรบกวนจากแหล่งควบคุมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

แคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ได้เสนอกลวิธีการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self - monitoring)

การติดตามตนเอง หรือการพิจารณาตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติในปัจจุบัน เป็นการประเมินปัญหาและความพึงพอใจในพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้การติดตามตนเองจะเกิดประสิทธิภาพหากข้อมูลที่ติดตามด้วยตนเองกับข้อมูลที่ผู้อื่นสังเกตมีความตรงกัน

2. การประเมินตนเอง (self - evaluation)

เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเอง

3. การเสริมแรงตนเอง (self - reinforcement)

เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จโดยตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (material reinforcers) เช่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) ในลักษณะคำพูด การชมเชย และการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การยิ้ม การสัมผัส และตัวเสริมแรงภายใน (covert reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่ครอบคลุมความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจในตนเอง

การจัดการตนเองตามกลวิธีการจัดการตนเองเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและต้องมีการจัดการตนเองหลายประการ ซึ่งการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีความสำคัญและควรได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง

การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการรักษาเฉพาะที่ผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการแสดงบทบาทขณะอยู่ที่บ้าน เปรียบเสมือนเป็นแพทย์ดูแลตนเอง ต้องติดตามและบริหารกิจกรรมตามแผนการรักษาเพื่อหวังเป้าหมาย คือ การลดหรือชะลอการเสื่อมของไตให้นานที่สุดควบคู่กับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Curtin, Johnson, & Schatell, 2004) ทั้งนี้พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุมีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ เนื่องจากวัยสูงอายุมักจะมีโรคร่วมหลายชนิด ประกอบกับความเสื่อมตามวัย การจำกัดหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และอาจขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยวัยนี้มีความต้องการการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ (Dimkovic & Oreopoulos, 2002; Passadakis et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ต้องมีการจัดการตนเองหลายประการ ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง 2) การดูแลสายล้างไตและช่องสายออก (exit-site) 3) การรับประทานยา 4) การบริโภคอาหาร 5) การออกกำลังกาย 6) การจัดการโรคร่วม 7) การประเมินสัญญาณชีพและน้ำหนักตัว และ 8) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Curtin, Johnson, & Schatell 2004) ซึ่งคล้ายคลึงกับแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2550) ที่เสนอว่าผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเอง 6 ด้าน โดยรวมด้านการจัดการโรคร่วม และด้านการประเมินสัญญาณชีพ

และนำหน้าตัวไว้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งนี้การจัดการตนเองทุกด้านล้วนมีความสำคัญและควรได้รับการส่งเสริมดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ

จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2546) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 88 รับประทานยาตามแพทย์สั่งร้อยละ 82 และมีการสังเกตอาการผิดปกติรวมทั้งสามารถแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้นได้ มีการทำความสะอาดแผลทุกวันและสังเกตลักษณะแผลโดยเมื่อมีอาการผิดปกติจะไปพบแพทย์ทันที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธาสิณี (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้สุภาพ (2553) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องปรับปรุงการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารเนื่องจาก ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาที่มีต่อภาวะโภชนาการ การเสื่อมสภาพตามวัย การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งอาจเกิดจากการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวที่ดี บุคลากรทางสุขภาพจึงควรหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2550) กำหนดว่า ควรมีการให้ความรู้และสาธิตการจัดอาหารแบบง่ายๆแก่ผู้ป่วย ร่วมกับการติดตาม ประเมินผล และปรับเปลี่ยนแบบแผนการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการคั่งของเสียในร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ ป้องกันการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคไตวายเรื้อรัง (เกษกนก, 2550) โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน การประเมินแคลอรีของอาหารอย่างง่าย และต้องสามารถควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำดื่มให้เหมาะสมกับผลทางชีวเคมีของเลือด ซึ่งต้องคำนึงถึงปริมาณและความถี่ในการรับประทานอาหารร่วมด้วย (ภักจจิรา, 2552; Carrero et al., 2009) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงชนิดของอาหารที่ควรรับประทานและควรงดเว้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารในแต่ละวันเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ณัฐชัย และสมชาย, 2549)

การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องดังกล่าวข้างต้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรเลือกรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการตนเองขึ้นเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีส่วนที่สนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยพบว่างานวิจัยดังกล่าวมีรูปแบบการวิจัย ลักษณะกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาการให้โปรแกรมที่แตกต่างกันอันมีผลให้เกิดผลลัพธ์หลายประการ ดังนี้

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของปริมานดา (Primanda, 2011) ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์โดยมีการจัดกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ ให้ผู้ป่วยสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเองและรับรู้ปัญหาของตนเอง มีการให้ความรู้ตามระดับความรู้เดิมและสภาพปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลมาตรฐานที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งเป็นการทำทนายตนเองให้ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเป็นการเสริมแรงตนเองจากภายในให้เกิดแรงจูงใจ และเกิดกำลังใจในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้น เป็นการแก้ไขจุดอ่อนและเพิ่มจุดแข็งของตนเอง นอกจากนี้มีการฝึกปฏิบัติจริงที่บ้านและประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายเป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยใช้สื่อประกอบการปฏิบัติได้แก่แบบฟอร์มบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเอง ระวังระวังตัวไม่ให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีการประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายและให้คำปรึกษา พร้อมทั้งให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย 2 ประการ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และร้อยละ 31.4 ของกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้ง 3 สัปดาห์

นอกจากนี้มีการศึกษาของ ซู ลู เซนและแวง (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องแบบต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ากลวิธีที่ใช้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีการดำเนินโปรแกรมรวม 6 เดือน มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มโปรแกรมร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลมาตรฐาน มีต้นแบบในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งนี้มีการใช้สื่อแผ่นพับและวิดีโอประกอบการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้รวดเร็วมากขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองเพื่อสร้างความท้าทายในการปฏิบัติและสร้างแรงจูงใจจากภายในเป็นการเสริมแรงตนเองและให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านนาน 6 เดือน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามและอีเมลหาผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติและกระตุ้นการเสริมแรงตนเอง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์หลายประการ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองทักษะการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะสุขภาพ ซึ่งผลเกิดจากการนำกลวิธีจัดการตนเองไปปรับใช้ ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทำให้รับรู้ปัญหาและแก้ปัญหาได้ตรงจุด การจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความท้าทายที่จะทำให้อำนาจสำเร็จ ดังเช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะเฉพาะ การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การติดตามอย่างต่อเนื่องและการเสริมแรงตนเอง นอกจากนี้การประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ผลการปฏิบัติของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม และถือเป็นการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการปฏิบัติจะเกิดขึ้นในไม่ช้านี้ จึงมีกำลังใจที่จะปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการจึงควรมีการจัดกิจกรรมเหล่านี้ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

สำหรับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ 2 ประการ ได้แก่ พฤติกรรมบริโภคอาหาร และความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามี

ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 4 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน แต่เนื่องจากระยะเวลา 4 สัปดาห์เป็นช่วงเวลาที่จำกัดเกินไปสำหรับการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยสูงอายุ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัว และฝึกการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น อีกทั้งการใช้เวลานานถึง 6 เดือน อาจทำให้เกิดปัจจัยรบกวนระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล เช่น พัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการเกิดเหตุการณ์ฟุ้ง (บุญใจ, 2550) อีกทั้งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurniwawan, 2011) และการศึกษาครั้งนี้ศึกษาตัวแปรตามเพียง 2 ประการ ดังนั้นการดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์จึงมีความเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยจัดกิจกรรมในโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งได้บูรณาการกลวิธีการจัดการตนเองอยู่ในกิจกรรมทุกขั้นตอน อันประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยในสัปดาห์ที่ 1 มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองรายบุคคล เป็นการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม ทำให้ทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วย โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการ และหลักการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลมาตรฐาน และใช้เป็นข้อมูลในการประเมินตนเองได้ รวมทั้งช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนได้ด้วยตนเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลอดจนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความท้าทายในการปฏิบัติพฤติกรรม

ทั้งนี้มีการให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 และมีการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายทุกสัปดาห์ ซึ่งมีสมุดบันทึกการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยบันทึกและแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อใช้ศึกษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมติดตามสังเกตพฤติกรรมและคอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเองและประเมินตนเอง ตลอดจนการเสริมแรงตนเอง เกิดความระมัดระวังตนเองที่จะไม่แสดงพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน นอกจากนี้ยังเป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่อันนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วย

วิธีการโทรศัพท์หาผู้ป่วยทุกสัปดาห์ ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจริงหรือไม่และเกิดผลเป็นอย่างไรจะ ได้ช่วยเหลือได้ทันท่วงทีและสุดท้ายมีการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อติดตามผลที่เกิดขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองต่อไป

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระ และช่วยควบคุมสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายให้คงที่ตลอดเวลา แต่ทั้งนี้พบว่าจากภาวะของโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่สำคัญได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทางเสื่อมลงทั้งด้านสมรรถภาพของร่างกาย การคมกลืน และการรับรส รวมทั้งการมีปัญหาเรื่องฟันที่ใช้งานเคี้ยวอาหาร ตลอดจนการไม่สามารถปรับตัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการรักษา และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง หรืออาจขาดการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางโภชนาการอันก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสรีระวิทยาของร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ตลอดจนปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งต้องมีการประเมินปัจจัยเหล่านี้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้ทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาดังกล่าว คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้น

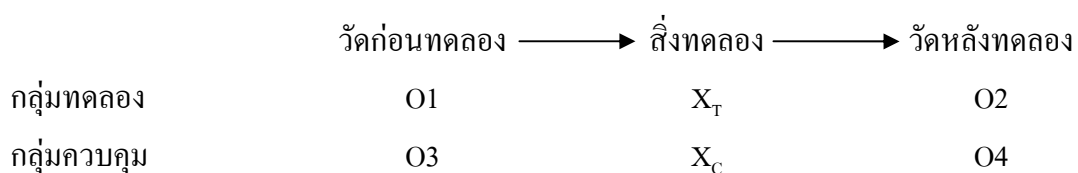
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาวิจัยโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลีค-บายส์ (Kanfer & Gaelick - Buys, 1991) มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่ล้วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีขึ้นกว่าเดิม และมีระยะเวลาการให้โปรแกรมที่เหมาะสม คือ 5 สัปดาห์ ทั้งนี้พบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังมีน้อย ประกอบกับรูปแบบการพยาบาลในปัจจุบันยังมุ่งเน้นเรื่องเทคนิคการล้างไต

ทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก และให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อยังไม่มี การใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาบูรณาการในการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องซึ่งสร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์และจัดกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง และมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยสนับสนุน ช่วยอำนวยความสะดวก รวมทั้งคอยให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตาม โปรแกรมใน 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมรายบุคคล 3) การปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 4) การประเมินผลพฤติกรรม การจัดการตนเอง ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อีกทั้งช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตลอดจนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพในการใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) คือ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยมีการวัดระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย

O1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (pretest) ของกลุ่มทดลอง
 O2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มทดลอง
 O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (pretest) ของกลุ่มควบคุม
 O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มควบคุม
 X_T หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
 X_C หมายถึง การพยาบาลตามปกติ

สถานที่ในการศึกษา

ศึกษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทุกเพศทุกวัยทั้งนี้โรงพยาบาลดังกล่าวมีกิจกรรมการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน คือ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้องจากพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม และพยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ซึ่งจะจัดกิจกรรมดังกล่าวเฉพาะวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สำหรับกิจกรรมที่แตกต่างกัน คือ ความถี่ของการจัดให้นักโภชนาการประจำโรงพยาบาลมาพบผู้ป่วย กล่าวคือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะจัดให้นักโภชนาการมาพบผู้ป่วย ณ หน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน ส่วนโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่จะจัดให้นักโภชนาการมาพบผู้ป่วยทุกวันพุธซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยมีการใช้สื่อประกอบ คือ ภาพโปสเตอร์ตัวอย่างชนิดอาหาร ซึ่งใช้ระยะเวลา 15-20 นาที ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว คือ ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายและเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลเลือดคิเลโตโรไลท์ผิดปกติ หรือมีอาการบวมตามร่างกาย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาใน 2 โรงพยาบาลเพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอต่อการศึกษาและมีจำนวนมากขึ้นอันทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ อีกทั้งโรงพยาบาลดังกล่าวมีรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่คล้ายคลึงกันซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผลการวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นเช่นกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ถึง 80 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายล้างไตทางช่องท้องเรียบร้อยแล้ว และเพิ่งเริ่มการฝึกล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองควบคู่กันเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางโภชนาการ
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ รับฟังและสื่อสารตามปกติได้
4. ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2552) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ มีเนื้อหาสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหดหู่

เส้รหรือท้อแท้สิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผลการประเมินผู้ป่วยต้องตอบว่าไม่มี ทั้ง 2 ข้อคำถาม

5. สามารถสื่อสาร และติดต่อทางโทรศัพท์ได้

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมวิจัยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของศศิธร (2547) เกี่ยวกับผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโคเฮนผลลัพธ์ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.40 (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างจากงานวิจัยดังกล่าวและสิ่งทดลองที่ไ้ก็มีความแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีมากขึ้นอันทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงเลือกค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 จากนั้นจึงเปิดตารางอำนาจการทดสอบ ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 52 ราย

ในที่สุดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตลอดการศึกษามีทั้งหมด 50 ราย โดยระหว่างการเก็บข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 2 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 ราย (เสียชีวิตจากภาวะหายใจล้มเหลวในช่วงการเก็บข้อมูลสัปดาห์ที่ 3) และเป็นกลุ่มทดลอง 1 ราย (เสียชีวิตจากภาวะหายใจล้มเหลวและติดเชื้อในกระแสเลือดในช่วงการเก็บข้อมูลสัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการหากกลุ่มตัวอย่างทดแทน แต่พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเข้าศึกษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการได้ยิน ความจำเสื่อม มีปัญหาในการรับรู้ และนอนติดเตียงต้องให้อาหารทางสายยาง รวมทั้งมีข้อจำกัดของครอบครัวหรือผู้ดูแลและไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ทีเลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล ทั้งนี้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยได้คำนวณขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการวิจัยครั้งนี้ ผลพบว่าได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.93 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ แสดงว่าสิ่งทดลองที่ไ้สามารถทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงมีอำนาจการทดสอบทางสถิติซึ่งทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้ (บุญใจ, 2550)

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีขั้นตอน ดังนี้

1. จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 25 ราย และจาก โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 25 ราย

2. จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยคนที่ 1 ถึงคนที่ 25 จะอยู่ในกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยรายที่ 26 จนถึงรายที่ 50 จะอยู่ในกลุ่มทดลองตามลำดับ ไม่มีการเลือกว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมาเป็นอย่างไร แต่จะจัดให้อยู่ในกลุ่มตามลำดับที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อป้องกันการลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัย คือ จะไม่เลือกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีอยู่แล้วเข้ากลุ่มทดลอง หรือเลือกเฉพาะรายที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้ากลุ่มควบคุมอันจะช่วยให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น (ในแต่ละกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 12 ราย และกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 13 ราย)

3. เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนที่มีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดตามองค์ประกอบ ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับการศึกษา 4) รายได้ แตกต่างกันไม่เกิน 3,000 บาท 5) ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือน และ 6) ชนิดของโรคร่วมซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (matched pair) จนได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมแล้ว กลุ่มตัวอย่าง 25 รายหลังจะจัดอยู่ในกลุ่มทดลอง โดยจับคู่กับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมซึ่งผู้วิจัยพิจารณาความคล้ายคลึงกันตามลักษณะองค์ประกอบ 6 ประการดังกล่าวข้างต้น จากนั้นจับคู่จนครบ 25 คู่ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 12 คู่ และกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 13 คู่ เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความเท่าเทียมกัน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทั้งนี้การเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดำเนินการไปพร้อมกันซึ่งในการปฏิบัติจริงพบว่าไม่มีปัญหาอุปสรรคใด ๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาล้วน

อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มิข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพคล้ายคลึงกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอสำหรับการเลือกจับคู่ให้คล้ายคลึงกันตามองค์ประกอบที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก หน้าที่ของผู้ดูแลหลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน ผู้ประกอบอาหาร ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหาร

1.1.2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ช่วงเวลาการล้างไตในแต่ละวัน ชนิดของน้ำยาล้างไต ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ในช่องท้องแต่ละครั้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ปัญหาในการบริโภคอาหาร ปัญหาด้านการรับรสอาหาร ปัญหาด้านการดมกลิ่น ประวัติการแพ้อาหาร โรคร่วมอื่นๆ นอกเหนือจากโรคไตวายเรื้อรัง และยาที่รับประทานในปัจจุบัน

1.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของสุนันทา (2547) โดยดัดแปลงข้อคำถามจาก 37 ข้อ เหลือ 25 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดด้านการแก้ไขอุปสรรคในการรับประทานอาหารจำนวน 12 ข้อออกไป และเลือกเฉพาะด้านการเลือกอาหารและน้ำดื่ม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย อีกทั้งการแก้ไขอุปสรรคในการรับประทานอาหารจะเกิดขึ้นในกระบวนการจัดการตนเองอยู่แล้ว โดยผู้วิจัยปรับเนื้อหาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับหลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งประเมินครอบคลุมในด้านปริมาณและความถี่ของการบริโภคอาหาร 6 ประเภท ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างชนิดอาหารแต่ละประเภทไว้ในวงเล็บ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจประเภทอาหารได้ง่ายขึ้น ได้แก่ โปรตีน (เนื้อสัตว์ นม ไข่) คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล) ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน (ผักผลไม้) และน้ำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกตอบตั้งแต่ปฏิบัติเป็น

ประจำจนถึงไม่มีปฏิบัติเลยประกอบด้วยคำถามด้านบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 9, 11, 13, 14, 16, 20 และข้อ 23 และคำถามด้านลบ 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 7, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24 และข้อ 25 ซึ่งการแปลงคะแนนด้านบวก/ลบ ดังนี้

	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 25-100 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้มีคะแนนน้อย

1.3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการให้ความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างรายบุคคล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่ตอบใช่จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11 และ ข้อ 15 ส่วนข้อที่ตอบไม่ใช่มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 9, 10, 12, 13 และข้อ 14

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (ภาคผนวก ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick -Buys, 1991) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น ซึ่งดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การสะท้อนข้อมูลและติดตามบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง โดยมีการให้ความรู้ประกอบการใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ร่วมกับการแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับความรู้ที่ได้รับ และเสริมแรงตนเองโดยการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติ รวมทั้งประเมินระดับความมั่นใจของตนเอง ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกวันที 7 ของสัปดาห์จนถึงสัปดาห์ที่ 4 เพื่อติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามโปรแกรม สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้การเสริมแรงผู้ป่วย ประเมินผลระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย และสอบถามถึงการกำหนดเป้าหมายและแผนการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะให้ช่วยเหลือโดยการแนะนำ หรือให้ความรู้เพิ่มเติมจนผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติได้ จากนั้นนับประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและวางแผน เพื่อมุ่งเน้นการตรวจสอบพฤติกรรม การบริโภคอาหารของตนเองและวางแผนการแก้ปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบุความต้องการและแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นการสะท้อนข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามความต้องการ รวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมร่วมกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้เพื่อใช้เป็นข้อมูลมาตรฐานในการประเมินตนเอง ซึ่งการให้ความรู้นี้จะแตกต่างกันแล้วแต่ระดับความรู้เดิมของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน และขึ้นอยู่กับความต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการ และหลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พร้อมทั้งอธิบายและยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย เช่น ปรับปรุงการรับประทานไข่ขาว ปรับปรุงการเติมเครื่องปรุงในอาหาร ปรับปรุงการดื่มน้ำ เป็นต้น และยกตัวอย่างการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น รับประทานไข่ขาวมีไข่ 2 ฟองทุกวัน งดเติมน้ำปลา 1 ช้อนชาในอาหารทุกวัน จำกัดน้ำดื่มน้อยกว่า 1 ลิตรทุกวัน เป็นต้น รวมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกในสมุดบันทึกและมอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารเพื่อใช้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับการให้ความรู้ ตลอดจนการแนะนำครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จากนั้นให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับ และพิจารณาเสริมแรงตนเอง โดยการชื่นชมตนเองในพฤติกรรมที่ผ่านเกณฑ์แล้ว และกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติ และบันทึกลงในสมุดบันทึกจากนั้นผู้วิจัยประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ของผู้ป่วย หากผลการประเมินน้อยกว่า 7 ให้ผู้ป่วยพิจารณาปรับเป้าหมายและแผนใหม่จนมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ต่ำกว่า 7 ก่อนจบการให้ความรู้ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยถึงเวลาที่สะดวกในการโทรศัพท์ติดตามประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย และสอบถามผลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 โดยจะโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 7 ของแต่ละสัปดาห์ซึ่งการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้มีอุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ความรู้ ดังนี้

1) แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย ที่มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการ และหลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องซึ่งครอบคลุมอาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีนคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ

2) สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองรวมทั้งใช้ประกอบการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ โดยเนื้อหาประกอบด้วย การบันทึกเป้าหมายของตนเองในแต่ละสัปดาห์ ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละสัปดาห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ตนเองเลือกปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ และสรุปผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สำเร็จทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งด้านปริมาณ และความถี่ตามเป้าหมาย และแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้ออย่างน้อย 5 วันใน 1 สัปดาห์ 2) สำเร็จบางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งด้านปริมาณ และความถี่ตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้ออย่างน้อย 3 วันใน 1 สัปดาห์ และ 3) ไม่สำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องทั้งปริมาณและความถี่ตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ครบทุกข้อน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ ข้อมูลที่ได้จะทำให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติของตนเองและมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือแผนการปฏิบัติให้เหมาะสม รวมทั้งมีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับและใช้เป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและในวันประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3) แบบประเมินความมั่นใจ (รวมอยู่ในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ป่วยระบุตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด ทั้งนี้ระดับความมั่นใจของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับ 7 ขึ้นไปจึงจะถือว่าเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสสำเร็จ แต่หากระดับความมั่นใจน้อยกว่า 7 ต้องมีการปรับเป้าหมายและวางแผนใหม่เพื่อให้มีโอกาสสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้น

4) คู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ความรู้และสื่อนำเสนอภาพนิ่ง โดยมีรูปชนิดอาหารที่มีสีสดชัดเจน และใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน รวมทั้งมีขนาดเล่มพอเหมาะง่ายในการพกพา ซึ่งใช้สำหรับแจกให้ผู้ป่วยหลังการให้ความรู้เพื่อนำไปทบทวนและศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4

5) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ใช้ประกอบกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสื่อที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ความรู้และมีรูปภาพสีประกอบ อาทิเช่น ภาพตัวอย่างอาหารและภาพเมนูอาหารทั้ง 6 ประเภท

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเองที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติทุกวัน และการประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในแต่ละสัปดาห์ด้วยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งพิจารณาถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติในพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถทำได้ในสัปดาห์ถัดไป ตลอดจนการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเงื่อนไขในเชิงบวกต่อตนเอง เช่น ชื่นชมตนเองหรือให้รางวัลตนเองเมื่อทำได้สำเร็จ สัญญากับตนเองว่าจะปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัด ซึ่งผู้วิจัยจะเสริมแรงและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์หาผู้ป่วยในวันที่ 7 ของแต่ละสัปดาห์เพื่อให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติมทั้งนี้กรณีมีข้อสงสัยผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

สำหรับการโทรศัพท์ ดำเนินการโดยเลือกเวลาในการโทรศัพท์ที่เหมาะสมกับบริบทและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวคือ เป็นช่วงเวลาที่ไม่มีตรงกับรอบการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือเวลาการทำแผลช่องสายออกของผู้ป่วยรวมทั้งเลือกเวลาที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเสร็จสิ้นจากภารกิจส่วนตัวในแต่ละวันแล้ว เพื่อจะได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้วิจัยได้ ทั้งนี้การสนทนาประกอบด้วย การทักทาย ให้กำลังใจ ตอบข้อสงสัยตามความต้องการของผู้ป่วย สอบถามผลการปฏิบัติในสัปดาห์นั้นๆ รวมทั้งช่วยเหลือในการเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไปซึ่งลักษณะการพูดคุยจะใช้น้ำเสียงชัดเจน พูดช้าๆและพูดทวนซ้ำในข้อมูลที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เน้นการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการทำความเข้าใจบทสนทนาและมีการพูดคุยสรุปเนื้อหาการพูดคุยเป็นลำดับสุดท้าย เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเข้าใจและจะนำไปปฏิบัติได้ สำหรับการ

พูดคุยกับครอบครัวหรือผู้ดูแลจะประกอบด้วยการสอบถามเกี่ยวกับผลการติดตามสังเกตพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลและกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อประเมินผลพฤติกรรม การบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง รวมทั้งมุ่งเน้นการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพร้อมกับครอบครัวหรือผู้ดูแลมาพบผู้วิจัย ที่ห้องให้คำปรึกษาของหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม จากนั้นให้ผู้ป่วย สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับผลสรุปการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง โดยการบอกเล่า เกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข รวมทั้ง สรุปผลการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและข้อมูลการจดบันทึกในแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนการบอกจุดดีและจุดด้อยของการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งนี้ ซึ่ง ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะร่วมสรุปผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งหมดรวมทั้งร่วมให้แรงเสริม แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแผนการให้ความรู้ สำหรับผู้วิจัย สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร คู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่องจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการประจำหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาหลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คือ ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องซึ่งมารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง 0.82 ตามลำดับ

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 1 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดให้โปรแกรมระยะสั้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ มีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง แล้วจึงประเมินผลโปรแกรม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงไม่ให้นักกลุ่มตัวอย่างบอกเล่าการได้รับโปรแกรมในครั้งนี้กับผู้ป่วยรายอื่น เพราะการดำเนินการตามโปรแกรมยังไม่เสร็จสิ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินผลลัพธ์และการดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างทำการศึกษานำร่องเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนทำการศึกษาจริง

ผลการศึกษานำร่องพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเองได้ กล่าวคือ มีการติดตามตนเองโดยการประเมินปัญหาและติดตามบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองตลอดทั้ง 1 สัปดาห์ได้ และสามารถประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดได้ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดทุกวัน ทั้งนี้ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีด้วยการช่วยบันทึกข้อมูลและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีการเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองและให้กำลังใจตนเองพร้อมทั้งได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ซึ่งผลพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จทั้งหมดแสดงว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้พบว่าในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมรายบุคคลด้วยการให้ความรู้ต้องใช้เวลาเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ

เนื้อหาและเรียนรู้วิธีการบันทึกงานสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการแก้ไขและเพิ่มภาพประกอบในสื่อนำเสนอภาพนิ่งให้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มรูปภาพโปสเตอร์ตัวอย่างอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้นและลดระยะเวลาในการสอน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างรวดเร็วและเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่แล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการได้รับความดูแลในระหว่างดำเนินการทดลอง เช่น การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กรณีเกิดการเจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการให้บริการใด ๆ จากเจ้าหน้าที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา

1.2 ขอนหนังสือรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังจากเสนอโครงการวิจัยและผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 หัวหน้าหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเปิดเผยรายชื่อและวันมาพบแพทย์ตามนัดของตนเองแก่ผู้วิจัยและขออนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบเพื่อเก็บข้อมูล

1.3.2 หลังจากได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจัดบันทึกรายชื่อและวันที่มาพบแพทย์ตามนัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม และดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 จัดเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการชี้แจงเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้

1.4.1 รับฟังการให้ความรู้จากผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยและมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน

1.4.2 ศึกษาคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารร่วมกับผู้ป่วย

1.4.3 ช่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบันทึกได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งรายงานผลทางโทรศัพท์กับผู้วิจัยในช่วงที่มีการโทรศัพท์ติดตามแต่ละสัปดาห์

1.4.4 สังเกต และติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ร่วมให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้วิจัย

1.4.5 ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ช่วยจัดเตรียมอาหาร คอยตักเตือน ให้กำลังใจ เป็นต้น

1.5 จัดเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัยรวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองเก็บข้อมูลจริงพร้อมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1.5.1 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกพร้อมกับผู้วิจัยเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอม

1.5.2 เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (pretest) และหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และไม่ทราบว่าใครอยู่กลุ่มไหนเพื่อลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีโอกาสได้พบกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล เพราะผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก และมารับการรักษาหลายคลินิกเนื่องจากมีโรคร่วมหลายโรคจึงมีวันนัดที่ไม่ตรงกัน ทำให้สามารถป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมครอบครัวหรือผู้ดูแล ณ ห้องให้คำปรึกษาของหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารครั้งแรกตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและนัดหมายวัน เวลา สถานที่กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งกรณีไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาโรงพยาบาลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยผู้ช่วยวิจัย ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และนักโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภค และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และมีการแจกเอกสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากหน่วยโภชนาการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร 1 เล่ม และได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง หรือได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองหากมีความต้องการ

2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลองมีวิธีการดังนี้

2.2.1 ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องให้คำปรึกษาและสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาทีซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและวางแผน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดทักษะติดตามตนเอง โดยการประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบแนวทางการเพิ่มเติมความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยการสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หลังจากนั้นสรุปคะแนนและรายงานผลให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบ รวมทั้งใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตรวจสอบ การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมาของตนเอง และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ เกิดขึ้น สาเหตุของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการแก้ไขปัญหาลงแล้วจึงพิจารณาว่าข้อมูลที่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงมีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อให้ทราบปัญหาที่ แท้จริงและค้นหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรครวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมให้ข้อมูล เพิ่มเติมหลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเพิ่มทักษะการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด ทักษะการประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งผู้วิจัยใช้ ผลการประเมินความรู้ก่อนการทดลองเป็นแนวทางในการให้ความรู้ เน้นให้ความรู้ที่ตรงปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้องและมีความต้องการ จัดการตนเองเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งประกอบการสอนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ เป็นข้อมูลมาตรฐานในการประเมินตนเอง พร้อมทั้งอธิบายและยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งวิธีการบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร เช่น รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ (โปรตีน) รับประทานข้าวเจ้าอย่างน้อยมีธัญ 2-3ทัพพี (คาร์โบไฮเดรต) ดื่มน้ำสะอาดไม่เกิน 1 ลิตรต่อวัน (น้ำดื่ม) เพื่อให้มีแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนด้วยตนเองหลังจากนั้นผู้วิจัยมอบ หนังสือคู่มือการจัดการตนเองและแนะนำการศึกษาคู่มือขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับ เกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับหลังจากนั้นระบุปัญหาของตนเองและกำหนดเป้าหมาย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องการ วางแผนการปฏิบัติ และบันทึกลงในสมุดบันทึกโดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกและการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ทราบแนวทางการปฏิบัติและใช้ในการตรวจสอบผลการปฏิบัติของตนเองจากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติของตนเอง กรณีระดับความมั่นใจน้อยกว่า 7 จะช่วยเหลือโดยการเสนอเป้าหมายอื่นหรือปรับเป้าหมายใหม่ให้ง่ายขึ้นจนมีความมั่นใจในระดับ 7 ขึ้นไป

กิจกรรมที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองทางบวกโดยระบุข้อดีในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง ชมเชยตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้เหมาะสมแล้ว หรือตั้งรางวัลให้แก่ตนเอง หากปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ส่วนพฤติกรรมที่ยังทำไม่ได้ให้พิจารณาถึงจุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเองและสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนโดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้สะท้อนข้อมูลดังกล่าวและร่วมเสริมแรง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่าง เช่น แสดงความภาคภูมิใจในตัวผู้ป่วย กำหนดรางวัลให้กับผู้ป่วยหากทำได้สำเร็จ ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำการติดตามสังเกตพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตลอดจนการตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์จากนั้นผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลถึงเวลาที่สะดวกในการให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ให้คำปรึกษาขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2-4

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้
กิจกรรมที่ 1 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเองที่บ้าน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติทุกวัน

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งจดบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเอง กรณีผลการปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะเสริมแรงตนเองทางบวกโดยอาจเป็นการชื่นชมตนเอง ให้รางวัลตนเอง ข้อของที่ชอบได้ ภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้อาจได้รับการเสริมแรงจากครอบครัวหรือผู้ดูแล เช่น ให้รับประทานอาหารที่ชอบหรือกล่าวชื่นชม กรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมาย จะพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ตนเองทำไม่ได้ พิจารณาข้อบกพร่องของตนเอง และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเองโดยการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป

กิจกรรมที่ 4 ครอบครัวหรือผู้ดูแลติดตามสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้าน และให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ หรือกระตุ้นเตือน ตลอดจนคอยอำนวยความสะดวก พร้อมทั้งตรวจสอบการลงบันทึก หรือช่วยบันทึกให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยติดตามประเมินปัญหาการจัดการตนเอง และให้การเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ด้วยการโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ ซึ่งการสนทนาจะประกอบด้วย การประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย และให้การเสริมแรงทางบวกกรณีสำเร็จตามเป้าหมาย โดยการกล่าวยกย่องชมเชย เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ถัดไป กรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมายผู้วิจัยสนับสนุนด้วยการใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเกิดความเข้าใจ และสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไปได้ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการสอบถามผู้ป่วยถึงระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละสัปดาห์และสอบถามครอบครัวหรือผู้ดูแลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งผลการสนทนาแต่ละสัปดาห์จะถูกบันทึกไว้ในแบบบันทึกของผู้วิจัย เมื่อครบสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างพร้อมครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อพบผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 5 และให้นำสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมาด้วย ทั้งนี้กรณีไม่ตรงกับวันที่มาพบแพทย์ตามนัดจะใช้วิธีการสนทนาทางโทรศัพท์

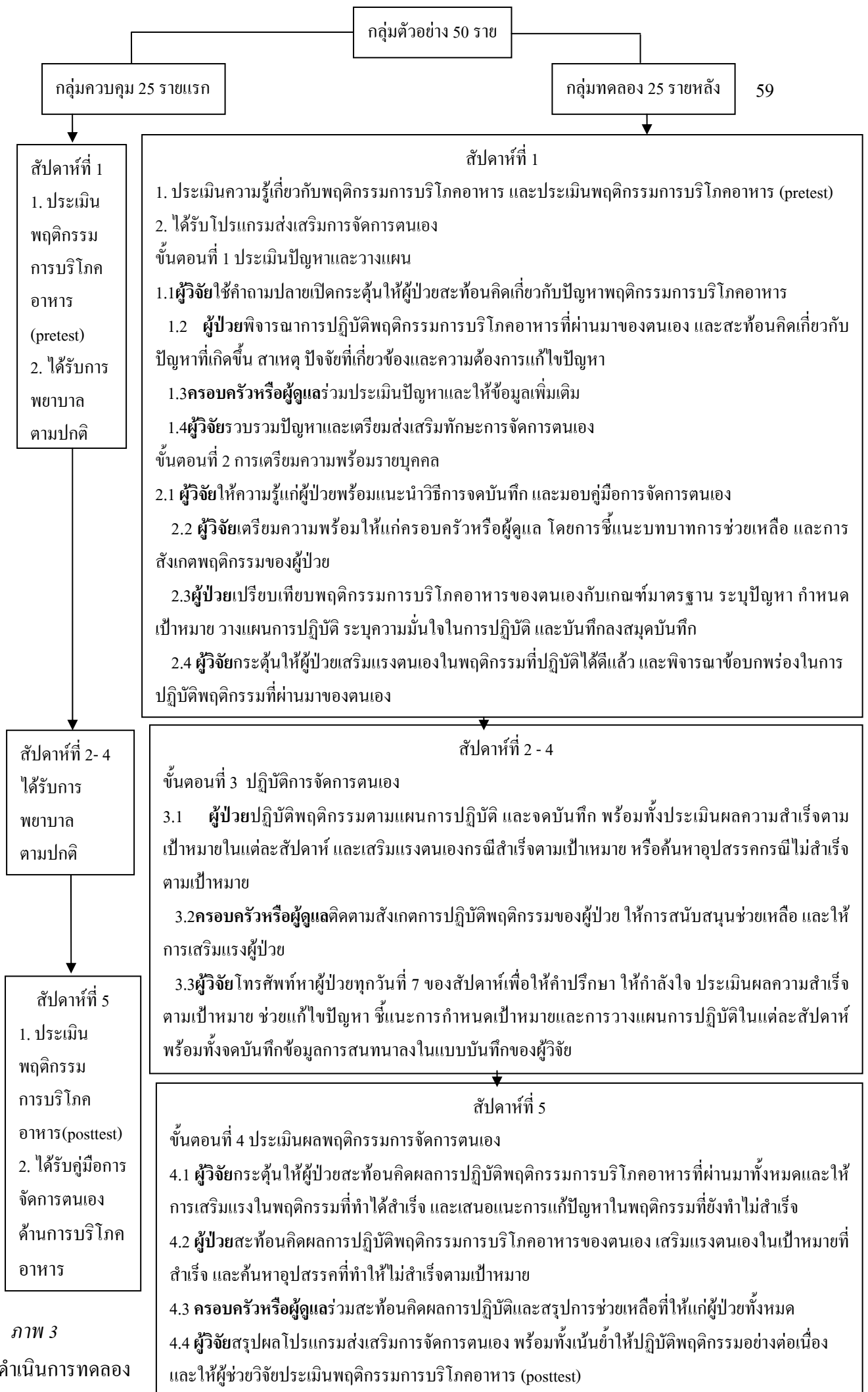
สัปดาห์ที่ 5

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองรวมทั้ง มุ่งเน้น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องให้คำปรึกษาของหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาผลการปฏิบัติใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไขปัญหา และสรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองทั้งหมดโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และข้อมูลในสมุดบันทึก และให้การเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จ

กิจกรรมที่ 2 ครอบครัวหรือผู้ดูแลสรุปผลการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง และร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มตัวอย่าง บอกอุปสรรคและข้อเสนอแนะ หรือเทคนิคในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างจนสำเร็จตามเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และเน้นให้ปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างและให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรม (posttest) จากนั้นผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการวิจัยในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินงานทดลองได้ดังภาพ 3



ภาพ 3

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (ภาคผนวก จ)

2.1 ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุม และของกลุ่มทดลองในช่วงก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ($p > .05$) ยกเว้นข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการดื่มน้ำของกลุ่มทดลองในช่วงหลังการทดลองที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .05$) ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้สถิติวิลคอกซ์ซอน (Wilcoxon Signed Ranks Test) ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติแมนน์-วิตนีย์ยู (Mann-Witney U test) ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

2.2 ทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variance) ระหว่างชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene test พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน ($p > .05$) ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้สถิติทดสอบดังนี้

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิลคอกซ์ซอน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติวิลคอกซ์ซอน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติภายในกลุ่มควบคุมโดยสถิติทีคู่

4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมโดยสถิติทีคู่

5) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยสถิติทีอิสระ (independent t-test) และสถิติแมนน์-วิทนียู

6) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารราย ด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ

7) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารราย ด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ และสถิติแมนน์-วิทนียู

3. วิเคราะห์ผลความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของผลความสำเร็จตามเป้าหมายทั้ง 4 สัปดาห์ด้วยสถิติเมคนิมาร์ (McNema test)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็น โค้งปกติ ($p < .05$) และมีความแปรปรวนแตกต่างกัน ($p < .001$) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติไฟรด์แมน (Friedman test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องซึ่งเข้ารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ระหว่างเดือนธันวาคม 2555 - เดือนมีนาคม 2556 จำนวน 50 รายแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 5 ผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระดับการศึกษา รายได้ (แตกต่างกันไม่เกิน 3,000 บาท) นำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.32 ปี (SD = 6.12) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88) กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่ากัน (ร้อยละ 64) กลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 76) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,044 บาท (SD = 8,148.77) ผู้มีหน้าที่ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 52) ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่ คือ ภรรยา/สามีและบุตรหลาน (ร้อยละ 32) รองลงมา คือ ประกอบอาหารด้วยตนเอง (ร้อยละ 18) ซึ่งกลุ่มทดลองประกอบอาหารด้วยตนเอง (ร้อยละ 12) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 24) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ ($N=50$)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n = 25)	(n = 25)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.00	1.00 ^{ns}
ชาย	14 (56)	14 (56)		
หญิง	11 (44)	11 (44)		

หมายเหตุ: ns = not significant, $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	($n = 25$)	($n = 25$)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี) (M = 68.32 ปี, SD = 6.12, Max = 80, Min = 60)			12.01	.85 ^{ns}
60-69	13 (52)	16 (64)		
70-79	12 (48)	8 (32)		
> 79	0	1 (4)		
ศาสนา			0.00	1.00 ^{ns}
พุทธ	22 (88)	22 (88)		
อิสลาม	3 (12)	3 (12)		
สถานภาพสมรส			1.92	.38 ^{ns}
คู่	18 (72)	20 (80)		
หม้าย	7 (28)	4 (16)		
หย่า/แยก	0	1 (4)		
ระดับการศึกษา			0.00	1.00 ^{ns}
ไม่ได้รับการศึกษา	4 (16)	4 (16)		
ประถมศึกษา	16 (64)	16 (64)		
มัธยมศึกษา	1 (4)	1 (4)		
อนุปริญญา	1 (4)	1 (4)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3 (12)	3 (12)		
อาชีพ			2.55	.63 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22 (88)	19 (76)		
เกษตรกร	1 (4)	1 (4)		
รับจ้าง	0	2 (8)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (4)	1 (4)		
ค้าขาย	1 (4)	2 (8)		

หมายเหตุ: ns = not significant, $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n = 25) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 25) จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (M = 7,044 บาท, SD = 8,148.77, Max = 30,000, Min = 500)			18.00	.26 ^{ns}
500-10000	17 (68)	17 (68)		
>19,500-29,000	1 (4)	2 (8)		
>10,000-19,500	6 (24)	6 (24)		
>29000	1 (4)	0		
ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก			3.82	.43 ^{ns}
ภรรยา/สามี	7 (28)	5 (20)		
บุตร/หลาน	14 (56)	12 (48)		
พี่น้อง	0	1 (4)		
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	2 (8)	1 (4)		
ดูแลตนเอง	2 (8)	6 (24)		
หน้าที่ของผู้ดูแลหลัก			3.19	.36 ^{ns}
ปล่อยน้ายาล้างไตเข้า-ออกตามเวลา, ทำแผลช่องสายออก,จัดยา,และพามา พบแพทย์	25 (100)	22 (88)		
ทำแผลช่องสายออก	0	1 (4)		
ทำอาหาร	0	1 (4)		
พามาพบแพทย์	0	1 (4)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน			4.41	.35 ^{ns}
ภรรยา/สามี	2 (8)	6 (24)		
บุตร/หลาน	9 (36)	7 (28)		
พี่น้อง	0	1 (4)		
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	1 (4)	0		

หมายเหตุ: ns = not significant, $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 25) จำนวน (ร้อยละ)	(<i>n</i> = 25) จำนวน (ร้อยละ)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (ต่อ)				
ภรรยา/สามี และบุตรหลาน	13 (52)	11 (44)	1.02	.60 ^{ns}
สถานที่พักอาศัย				
บ้านตนเอง	21 (84)	22 (88)		
บ้านบุตร/หลาน	3 (12)	3 (12)		
บ้านเช่า	1 (4)	0		
ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานประจำ				
ทำเอง	3 (12)	6 (24)	7.20	.20 ^{ns}
ภรรยา/สามี	10 (40)	6 (24)		
บุตร/หลาน	10 (40)	6 (24)		
พี่/น้อง	0	1 (4)		
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	2 (8)	3 (12)		
ทำเอง และภรรยา/สามี	0	3 (12)		
ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหาร				
ไม่มีความเชื่อใดๆ	20 (80)	20 (80)		
ไม่รับประทานเนื้อหมู	3 (12)	3 (12)		
ไม่รับประทานสัตว์ป่า	1 (4)	0		
ไม่รับประทานปลาไหล	1 (4)	0		
ไม่รับประทานเนื้อวัว	0	2 (8)		

หมายเหตุ: ns = not significant, *p* > .05

1.2. ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจัดให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แตกต่างกันไม่เกิน 6 เดือน และชนิดของโรคร่วม เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเฉลี่ยนาน 5.66 ปี (SD = 5.94) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องนานกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 60) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 56) ด้านช่วงเวลาการล้างไตทางช่องท้องในแต่ละวันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะล้างไตวันละ 4 รอบ เวลา 5-11-17-22 น. (ร้อยละ 88) ซึ่งกลุ่มทดลองใส่น้ำยาล้างไตในช่องท้องแต่ละครั้งมากกว่า 1,500 - 2,000 ซีซี (ร้อยละ 64) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 96) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาใดๆระหว่างการล้างไต (ร้อยละ 84) ด้านปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 24) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 36) ด้านโรคร่วมอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32) และยาที่รับประทานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นยาโรคไตและยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 52) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N=50)

ลักษณะข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n = 25)	(n = 25)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย- โรคไตวายเรื้อรัง (M = 5.66 ปี, SD = 5.94, Max = 30, Min = 0.42)			12.51	.57 ^{ns}
0-10	21 (84)	25 (100)		
>10-20	3 (12)	0		
>20	1 (4)	0		
ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่อง (M= 22.26 เดือน, SD = 16.36, Max = 60, Min = 1)			15.61	.27 ^{ns}
0-6	6 (24)	4 (16)		
>6-12	4 (16)	7 (28)		
>12	15 (60)	14 (56)		

หมายเหตุ ns = non significant , p > .05

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n = 25) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 25) จำนวน (ร้อยละ)		
ช่วงเวลาการล้างไตในแต่ละวัน			5.18	.16 ^{ns}
5-11-17-22 น.	10 (40)	12 (48)		
6-12-18-24 น.	4 (16)	10 (40)		
6-10-14-18-22 น.	10 (40)	0		
20 น. (อัตโนมัติ)	1 (4)	3 (12)		
ชนิดของน้ำยาล้างไต			0.00	1.00 ^{ns}
1.5% Andy disc	23 (92)	23 (92)		
2.5% Andy disc	2 (8)	2 (8)		
ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ในช่องท้อง (M= 1,864 ซีซี, SD = 252.95, Max =2,000, Min = 1,000)			11.35	.12 ^{ns}
1,000-1,500	9 (36)	1 (4)		
> 1,500-2,000	16 (64)	24 (96)		
ปัญหาระหว่างล้างไต			0.00	1.00 ^{ns}
ไม่มี	21(84)	21 (84)		
อึดอัดแน่นท้อง	0	4 (16)		
ปวดท้องตอนปล่อยน้ำยาเข้าในท้อง	4 (16)	0		
ปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร			.86	.36 ^{ns}
ไม่มี	19 (76)	16 (64)		
ใส่ฟันปลอมเคี้ยวไม่สะดวก/ปวดฟัน	6 (24)	9 (36)		
ปัญหาด้านการรับรสอาหาร			.00	1.00 ^{ns}
ไม่มี	25 (100)	25 (100)		
ปัญหาด้านการดมกลิ่น			.00	1.00 ^{ns}
ไม่มี	25 (100)	25 (100)		
ประวัติการแพ้อาหาร			.00	1.00 ^{ns}
ไม่มี	25 (100)	25 (100)		

หมายเหตุ: ns = non significant , $p > .05$

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	(n = 25)	(n = 25)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
โรคร่วมอื่นๆ			14.82	.54 ^{ns}
ความดันโลหิตสูง	6 (24)	2 (8)		
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3 (12)	2 (8)		
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด	3 (12)	2 (8)		
ความดันโลหิตสูง, เบาหวานและ- โรคหัวใจ	3 (12)	1 (4)		
ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือด และโรคหัวใจ	1 (4)	3 (12)		
โรคชนิดอื่นๆ เช่น โรคเกาต์, โรคไทรอยด์	9 (36)	15 (60)		
ยาที่รับประทานในปัจจุบัน			11.51	.40 ^{ns}
1 และ 2	7 (28)	6 (24)		
1, 2 และ 3	3 (12)	4 (16)		
1, 3 และ 4	3 (12)	2 (8)		
1, 2, 4, และ 5	1 (4)	2 (8)		
1, 2, 3, 4 และ 5	4 (16)	4 (16)		
ยาอื่นๆ	7 (28)	7 (28)		

หมายเหตุ 1 = ยาโรคไต , 2 = ยาลดความดันโลหิต, 3 = ยาเบาหวาน, 4 = ยาลดไขมัน,
5 = ยาโรคหัวใจ, ns = non significant , $p > .05$

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.38, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 77.48 คะแนน ($SD = 5.32$) และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 86.40 คะแนน ($SD = 4.55$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติวิลคอกซ์ซอน ($n = 25$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวม	กลุ่มทดลอง		
	M (SD)	Z	p
ก่อนการทดลอง	77.48 (5.32)	-4.38	.01*
หลังการทดลอง	86.40 (4.55)		

หมายเหตุ: * $p < .01$

จากตาราง 3 จะเห็นได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านภายในกลุ่มทดลอง โดยแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 6 ประเภท พบว่า เฉพาะพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.04, p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่นๆของกลุ่มทดลอง พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ($t = -4.08, p < .01$), พฤติกรรมการบริโภคไขมัน ($t = -2.15, p < .05$), พฤติกรรมการบริโภคเกลือแร่ ($t = -2.12, p < .05$), พฤติกรรมการบริโภควิตามิน ($t = -2.77, p < .01$) และพฤติกรรมดื่มน้ำ ($z = -2.08, p < .05$) ดังแสดงใน ตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ และสถิติวิลคอกซ์ซอน ($n = 25$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน	กลุ่มทดลอง		Statistics-value	p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
	M (SD)	M (SD)		
1. การบริโภคโปรตีน	12.88 (1.76)	16.20 (1.98)	-4.08 ^a	.01*
2. การบริโภคคาร์โบไฮเดรต	12.04 (2.11)	13.00 (1.58)	-2.04 ^a	.053
3. การบริโภคไขมัน	13.00 (2.06)	14.08 (1.91)	-2.15 ^a	.03**
4. การบริโภคเกลือแร่	21.24 (1.89)	22.28 (1.37)	-2.12 ^a	.03**
5. การบริโภควิตามิน	8.16 (1.70)	9.56 (1.45)	-2.77 ^a	.01*
6. การดื่มน้ำ	10.16 (2.15)	11.28 (1.27)	-2.08 ^b	.03**

หมายเหตุ: a = paired t-test, b = Wilcoxon Signed Ranks Test, * $p < .01$, ** $p < .05$

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.01, p > .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 74.76 คะแนน (SD = 4.67) และ 76.88 คะแนน (SD = 5.29) ตามลำดับดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติภายในกลุ่มควบคุม โดยสถิติทีคู่ ($n = 25$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม	กลุ่มควบคุม		
	M (SD)	t	p
ก่อนการทดลอง	74.76 (4.67)	-2.01	.056
หลังการทดลอง	76.88 (5.29)		

จากตาราง 5 จะเห็นได้ว่าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน โดยแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 6 ประเภท พบว่าเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและพฤติกรรมการบริโภควิตามินที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.06, p < .05$) และ ($t = -2.31, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม โดยสถิติทีคู่ ($n = 25$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน	กลุ่มควบคุม		t	p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
	M (SD)	M (SD)		
1. การบริโภคโปรตีน	13.36 (2.06)	12.92 (2.06)	1.00	.32
2. การบริโภคคาร์โบไฮเดรต	11.56 (1.61)	12.40 (1.98)	-2.06	.05**
3. การบริโภคไขมัน	12.52 (1.83)	12.40 (1.96)	.37	.71
4. การบริโภคเกลือแร่	20.00 (2.48)	20.76 (1.51)	-1.46	.15
5. การบริโภควิตามิน	7.60 (1.44)	8.36 (0.91)	-2.31	.02**
6. การดื่มน้ำ	9.72 (1.90)	10.04 (1.51)	-0.76	.45

หมายเหตุ: $**p < .05$

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.99, p < .01$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยสถิติทีอิสระและสถิติแมนน์-วิตนีย์ยู ($N = 50$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistics	p
	(n = 25)	(n = 25)		
	M (SD)	M (SD)	value	
ก่อนการทดลอง	77.48 (5.32)	74.76 (4.67)	-1.92 ^a	.06
หลังการทดลอง	86.40 (4.55)	76.88 (5.29)	-4.99 ^b	.01*

หมายเหตุ: a = independent t-test, b = Mann-Witney U test, $*p < .01$

จากตาราง 7 จะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 6 ประเภท พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ ($N = 50$)

พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร รายด้าน	คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน				t	p
	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)			
	M	SD	M	SD		
1. การบริโภค โปรตีน	12.88	1.76	13.36	2.05	.88	.38
2. การบริโภค คาร์โบไฮเดรต	12.04	2.11	11.56	1.60	-.90	.37
3. การบริโภค ไขมัน	13.00	2.06	12.52	1.82	-.87	.38
4. การบริโภค เกลือแร่	21.24	1.89	20.00	2.48	-1.98	.053
5. การบริโภค วิตามิน	8.16	1.70	7.60	1.44	-1.25	.21
6. การดื่มน้ำ	10.16	2.15	9.72	1.90	-.76	.29

สำหรับผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเฉพาะค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.18, p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่นๆล้วนมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมโดยสถิติทีอิสระ และสถิติแมนน์-วิทนียู (N = 50)

พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร รายด้าน	คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน				Statistics Value	p
	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)			
	M	SD	M	SD		
1. การบริโภค โปรตีน	16.20	1.97	12.92	2.06	-5.74 ^a	.01*
2. การบริโภค คาร์โบไฮเดรต	13.00	1.58	12.40	1.97	-1.18 ^a	.24
3. การบริโภค ไขมัน	14.08	1.91	12.40	1.95	-3.06 ^a	.01*
4. การบริโภค เกลือแร่	22.28	1.37	20.76	1.50	-3.73 ^a	.01*
5. การบริโภค วิตามิน	9.56	1.44	8.36	.90	-3.51 ^a	.01*
6. การดื่มน้ำ	11.28	1.27	10.04	1.51	-3.23 ^b	.01*

หมายเหตุ: a = independent t-test, b = Mann-Witney U test, *p < .01

ส่วนที่ 5 ผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และฝึกปฏิบัติจริงที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาและประเมินผลการปฏิบัติทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งได้จดบันทึกผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลพบว่า การปรับปรุงเรื่องการบริโภคอาหาร โปรตีนเป็นเป้าหมายที่ยากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างและเป็นเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามที่จะปฏิบัติให้สำเร็จมากที่สุด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกกำหนดเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการบริโภค โปรตีนทุกสัปดาห์แต่มี

แผนการปฏิบัติที่ต่างกัน และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามลำดับ ($n = 5$, ร้อยละ 20), ($n = 8$, ร้อยละ 32), ($n = 17$, ร้อยละ 68) และ ($n = 19$, ร้อยละ 76) โดยสัปดาห์ที่ 4 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวมากที่สุดและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดร้อยละ 68.42 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

พฤติกรรมกรรการบริโภคอาหารที่กลุ่มทดลองเลือกกำหนดเป้าหมายมากที่สุดและผลความสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์	พฤติกรรมกรรการบริโภคอาหารที่กลุ่มตัวอย่างเลือกกำหนดเป้าหมายมากที่สุด	กลุ่มตัวอย่างที่เลือก	กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จทั้งหมด
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
สัปดาห์ที่ 1	ปรับปรุงการบริโภคโปรตีนและเกลือแร่	5 (20)	4 (80)
สัปดาห์ที่ 2	ปรับปรุงการบริโภคโปรตีน	8 (32)	8(100)
สัปดาห์ที่ 3	ปรับปรุงการบริโภคโปรตีน	17(68)	14 (82.35)
สัปดาห์ที่ 4	ปรับปรุงการบริโภคโปรตีน	19 (76)	13 (68.42)

ระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ซึ่งผลพบว่า ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมด ($n = 19$, ร้อยละ 76), ($n = 21$, ร้อยละ 84), ($n = 19$, ร้อยละ 76) และ ($n = 18$, ร้อยละ 72) ตามลำดับ ซึ่งในสัปดาห์ที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดมากที่สุด ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ โดยใช้สถิติเมคนิมาร์ (McNemar test) พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

ความแตกต่างของระดับผลสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละสัปดาห์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ($n = 25$)

ระดับผลสำเร็จตามเป้าหมาย	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 3		สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สำเร็จ	2	8	3	12	4	16	7	28
สำเร็จบางส่วน	4	16	1	4	2	8	0	0
สำเร็จทั้งหมด***	19	76	21	84	19	76	18	72

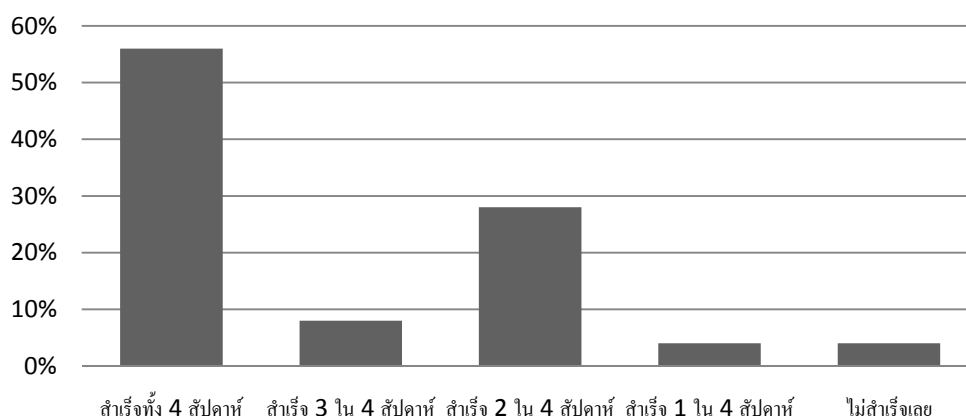
หมายเหตุ : *** McNemar test ($p > .05$)

ตลอดการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องกำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติและปฏิบัติพฤติกรรมกรบรีโภชนาการที่บ้านติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่า มีผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดครบทั้ง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4) ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดตลอดโปรแกรม ดังแสดงในตาราง 12 และภาพ 3

ตาราง 12

จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติพฤติกรรมกรบรีโภชนาการได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดตลอดโปรแกรม ($n = 25$)

จำนวนสัปดาห์ที่ปฏิบัติได้สำเร็จทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
สำเร็จทั้ง 4 สัปดาห์	14	56
สำเร็จ 3 ใน 4 สัปดาห์	2	8
สำเร็จ 2 ใน 4 สัปดาห์	7	28
สำเร็จ 1 ใน 4 สัปดาห์	1	4
ไม่สำเร็จเลย	1	4



ภาพ 4 กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดตลอดโปรแกรม (n = 25)

ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองซึ่งประเมินขณะที่ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละสัปดาห์ โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจมากที่สุดที่สัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 9.56 คะแนน (SD = 0.77) สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจเท่ากันคือ 9.32 คะแนน (SD = 0.90) ซึ่งลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 และเมื่อเข้าสู่สัปดาห์ 4 พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจสูงขึ้นเท่ากับ 9.36 คะแนน (SD = 0.91) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจในแต่ละสัปดาห์พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจแต่ละสัปดาห์ของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองด้วยสถิติไฟรด์แมน (n = 25)

สัปดาห์การทดลอง	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	df	χ^2	p
ระดับความมั่นใจ	M (SD) 9.56 (0.77)	M (SD) 9.32 (0.90)	M (SD) 9.32 (0.90)	M (SD) 9.36 (0.91)	3	3.69	.29

$p > .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษาสารวจอภิปรายผลได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 รายที่เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.32 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีอัตราการกรองของไตลดลง โดยจะต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว 50 เปอร์เซ็นต์ และมีขนาดของไตเล็กลง 20-30 เปอร์เซ็นต์ (ลิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ, วินัส, และพัสมนต์, 2552) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นโรคร่วมได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการทำงานของไต โดยทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ส่วนประกอบของไต 3 ส่วน ได้แก่ โกลเมอรูล่า (glomerular) หลอดฝอยไต (renal tubule) และเซลล์ที่อยู่รอบๆ หน่วยไต จนเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด (ฉัฐวุฒิ และสมชาย, 2551) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเฉลี่ย 5.66 ปีซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาควบคู่กับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่ากับ 1.86 ปีซึ่งเป็นวิธีบำบัดทดแทนไตที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาล้างไตได้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยต้องมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือทุกรายทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 52) และมีหน้าที่ช่วยเหลือในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ทำแผลช่องสายออก ประกอบอาหาร จัดยา และพามาพบแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก ทำให้มีอิสระ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล (สุภร, 2552)

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 88) และมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือสนับสนุนทุกราย โดยเฉพาะการช่วยปรุงอาหารให้รับประทาน และช่วยบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในแต่ละวัน ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไร ร่วมกับการมีประสบการณ์ในการจดบันทึกอยู่แล้ว และมีความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความสะดวก และสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64) ซึ่งพบว่าสามารถเรียนรู้คู่มือที่จัดทำให้มีตัวอักษรขนาดใหญ่ มีภาพสีชัดเจนเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และทำความเข้าใจเนื้อหาในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารได้

สำหรับด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมาก่อน (ร้อยละ 100) ซึ่งจากการประเมินโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง แต่ยังไม่เข้าใจครอบคลุมทั้งหมด กล่าวคือ ส่วนใหญ่จะทราบว่าควรงดอาหารรสเค็ม งดของหวาน งดของมัน ควรรับประทานเนื้อปลาและไข่ขาวมากๆ แต่ไม่ทราบว่าควรรับประทานในปริมาณ และความถี่แค่ไหน อีกทั้งโดยส่วนใหญ่ยังมีความเคยชินกับการรับประทานอาหารแบบเดิมเหมือนในช่วงที่ยังไม่ได้สร้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ชอบ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 60) เนื่องจากใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวไม่สะดวก และมีอาการปวด จึงเป็นสาเหตุให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยสูงอายุมักมีนิสัยการรับประทานอาหารช้าๆ รับประทานอาหารตามความชอบ กลัวต่อการรับประทานอาหารที่แตกต่างออกไป และการมีปัญหาเกี่ยวกับฟันซึ่งใช้ในการบดเคี้ยวจะส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน และทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (ปาลีรัตน์, 2550)

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการสร้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารรายด้าน พบว่าเฉพาะพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่นๆล้วนสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน ซึ่งมีผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและวางแผน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยทำการประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยรายบุคคล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองซึ่งผู้วิจัยจะกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และเป็นผู้รับฟังอย่างตั้งใจ แยกแยะพฤติกรรมที่มีปัญหาและค่อยๆดึงประเด็นของพฤติกรรมที่น่าจะปรับเปลี่ยนได้มากที่สุดก่อน และย้ำพูดประเด็นที่สะท้อนความรู้สึกของความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อแสดงถึงความเข้าใจในปัญหาและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ช่วยให้เกิดความไว้วางใจและเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย คนดูแล และผู้วิจัยโดยมีการสร้างสัมพันธภาพและพูดคุยกับผู้ป่วยพร้อมกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ณ ห้องให้คำปรึกษาของหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว และมีบรรยากาศที่ดี เหมาะสมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำพูดอย่างนอบน้อมและให้เกียรติผู้ป่วยโดยใช้คำว่า คุณลุง/คุณป้า หรือคุณตา/คุณยาย ซึ่งแสดงถึงความเคารพและสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการและทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และยินดีสะท้อนข้อมูลถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดรายบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเต็มที่ ผลพบว่าผู้ป่วยเกิดการยอมรับและมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัย ตลอดจนกล้าซักถามข้อมูลอย่างอิสระ (Primanda, 2011)

ในขั้นตอนดังกล่าว ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนการทดลองเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย โดยผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตและวิตามิน โดยเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานข้าวกล้อง และการเลือกรับประทานผัก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยตอบถูกเพียงร้อยละ 40 และร้อยละ 28 ตามลำดับ (ภาคผนวก ฉ) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโปรตีนและไขมันเป็นอย่างดี

โดยเฉพาะข้อความเกี่ยวกับการรับประทานไข่ขาว และการรับประทานของทอด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยตอบถูกทุกราย (ร้อยละ 100) (ภาคผนวก จ) โดยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องที่แพทย์และเจ้าหน้าที่แนะนำเป็นพิเศษ เช่น การงดรับประทานอาหารรสเค็ม งดอาหารที่มีไขมันสูง งดของหวานจัด และควรรับประทานไข่ขาวมากๆ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าต้องรับประทานอาหารดังกล่าวในปริมาณและความถี่เท่าไร จึงไม่มั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในปัจจุบันถูกต้องหรือไม่ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสะท้อนคิดเรื่องการบริโภคอาหาร โปรตีนและเกลือแร่ เนื่องจากได้รับการเน้นย้ำจากแพทย์และนักโภชนาการให้ควบคุมการรับประทานอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันอาการบวมกดบวมตามร่างกาย และป้องกันน้ำท่วมปอด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะให้ความสำคัญต่อค่าผลเลือดของตนเอง โดยเฉพาะค่าอัลบูมิน (albumin) ในเลือด ซึ่งส่วนใหญ่มักเรียกว่า “ค่าโปรตีนไข่ขาว” จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยแสดงสีหน้ากังวลเมื่อผลเลือดดังกล่าวต่ำกว่าปกติมากควบคู่กับมีอาการบวมตามร่างกาย ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สะท้อนข้อมูลว่าประสบปัญหาในการรับประทานไข่ขาวและเนื้อปลา เนื่องจากไม่ชอบรสชาติ เห็นแล้วมีอาการคลื่นไส้อยากจะอาเจียน และรู้สึกเบื่ออาหาร โดยตนเองมีความรู้ว่ามีประโยชน์ต่อร่างกายแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะเป็นเรื่องที่ยากและไม่อยากรับประทาน ทั้งนี้มีผู้ป่วยบางรายไม่ทราบถึงเหตุผลที่ต้องรับประทานอาหารโปรตีนเพิ่มขึ้นและหยุดการรับประทานไข่ขาวมานานแล้ว อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าการรับประทานข้าวกล้องแทนข้าวเจ้ามีประโยชน์ต่อร่างกายและลูกหลานมักซื้อมาฝากเป็นประจำ แต่สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังข้าวกล้องเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีฟอสฟอรัสและโปรตีนสูง ซึ่งเป็นโปรตีนคุณภาพด้อย อันจะส่งผลให้มีของเสียคั่งในร่างกายมากขึ้นจึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย (ภักจิรา, 2552) ทั้งนี้ครอบครัวและผู้ดูแลได้ร่วมสะท้อนปัญหาของผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลว่าในแต่ละเมื่อผู้ป่วยมักรับประทานเฉพาะกับข้าวมากกว่าการรับประทานข้าว และมักเก็บผักสวนครัวที่ปลูกเองมาประกอบอาหาร ซึ่งบางครั้งเป็นชนิดที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะมีผลเสียต่อไต เช่น ผักบุ้ง หัวปลี เห็ดฟักทอง เป็นต้น

การสะท้อนปัญหาเป็นรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เพราะมีการพิจารณาตรวจสอบพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในปัจจุบันของตนเอง อีกทั้งมีครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมสะท้อนข้อมูลปัญหาทำให้สามารถสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการติดตามตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่เน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการติดตามตนเอง เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาของตนเองได้ และสามารถตั้งข้อวินิจฉัยของตนเองเรียงลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา อันนำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น อีกทั้งการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมจะทำให้

ทราบปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และช่วยให้การวางแผนการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคลโดยการให้ความรู้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหา และพื้นฐานความรู้เดิมของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจากการประเมินปัญหาดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องหลักการบริโภคอาหาร โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และวิตามิน รวมทั้งต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารดังกล่าว ตลอดจนการอธิบายเหตุผลและความสำคัญของการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การเตรียมความพร้อมการจัดการตนเอง สร้างแรงจูงใจและเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดความมั่นใจในการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้วิธีการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งในช่วงแรกของการให้ความรู้ผู้ป่วยจะยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองมากนัก และจะพูดคุยเบาๆ ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คำถามปลายเปิดและเปิดโอกาสให้พูดอย่างอิสระ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ สบตาผู้ป่วย ร่วมแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยอภิปรายด้วยน้ำเสียงชัดเจน และใช้ภาษาที่ไม่เป็นทางการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นและสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง ไม่เครียดซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มมีความคุ้นเคยมากขึ้น ยิ้มแย้ม และกล้าที่จะพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองมากขึ้น รวมทั้งกล้าซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัย เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการรายบุคคล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเกิดความไว้วางใจต่อกัน (Berg & Danielson, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคล ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล กล้าซักถามข้อมูลมากขึ้น และช่วยปรับพฤติกรรมการดูแลทำให้ดีขึ้นได้ (Vatankhah, Khamseh, Noudeh, Aghili, Baradaran, & Haeri, 2009) เช่นเดียวกับกับการศึกษาของคลาร์ก (Clark et al., 2004) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองรายบุคคล เป็นเวลา 52 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไขมันดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมนาน 3 เดือน และ 12 เดือน

การให้ความรู้รายบุคคลดังกล่าวผู้วิจัยได้ใช้สื่อในการให้ความรู้ ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่งที่มีรูปภาพสีชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายไม่เป็นทางการเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น ใช้คำว่า “กิน” แทนคำว่า “รับประทาน” และมีคำบรรยายขนาดใหญ่เพื่อให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นวัยสูงอายุ

มองเห็นชัดเจน โดยเฉพาะรูปตัวอย่างอาหารแต่ละชนิด และตัวเลขต่างๆ อีกทั้งผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างชนิดอาหารไว้ในวงเล็บเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น เช่น โปรตีน (เนื้อ นม ไข่) คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล) เป็นต้น และแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งสอนวิธีการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติตลอดจนการจดบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยจะยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น เป้าหมาย คือ ปรับปรุงการกินไข่ขาว แผนการปฏิบัติ คือ กินไข่ขาว 4-6 ฟองต่อวัน เป็นต้น และให้ผู้ป่วยฝึกการบันทึกด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวน 30 ราย โดยมีการใช้สื่อโมเดลอาหาร ภาพโปสเตอร์ และยกตัวอย่างชนิดอาหารประกอบการให้ความรู้ พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Su, Lu, Chen, & Wang, 2009)

การเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษารายบุคคลดังกล่าวมีจุดเด่นคือผู้ป่วยจะมีผู้วิจัยเป็นคู่เรียนรู้ (partnership) เปรียบเสมือนผู้นำทางและเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจและรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน อีกทั้งช่วยให้ความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเอง รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานและสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปรับปรุงให้ดีขึ้นประกอบด้วยอะไรบ้างอันนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ เกิดการยอมรับต่อเป้าหมายนั้น ทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และระบุนความมั่นใจของตนเองเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรและปฏิบัติบ่อยแค่ไหน โดยพบว่าการปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โปรตีน เป็นเป้าหมายที่ยากที่สุดสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากส่วนใหญ่จะเบื่ออาหารและไม่ชอบรับประทานไข่ขาว รวมทั้งรู้สึกไม่อร่อย ทั้งนี้หลังจากผู้ป่วยทราบปัญหาของตนเอง และได้รับการเตรียมความพร้อมรายบุคคลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและความพยายามที่แก้ไขปัญหาดังกล่าว ประกอบกับครอบครัวหรือผู้ดูแลให้การสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจึงอยากทดลองปฏิบัติด้วยตนเองและต้องการทราบผลว่าเป็นอย่างไรซึ่งพบว่าเป้าหมายที่ผู้ป่วยเลือกกำหนดมากที่สุดในแต่ละสัปดาห์ คือ ปรับปรุงการบริโภคอาหาร โปรตีน (ตาราง 10) โดยในสัปดาห์ที่ 1 จะวางแผนการปฏิบัติด้วยการเริ่มรับประทานไข่ขาว 1 ฟองทุกวัน จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 จะเพิ่มปริมาณและความถี่ขึ้นเรื่อยๆ

จนถึงเกณฑ์มาตรฐาน คือ การรับประทานไข่ขาว 4 ฟองต่อวัน กิจกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีความตั้งใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ ถือเป็น การเสริมแรงทางบวกแก่ตนเอง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยกำหนด เป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติรายสัปดาห์ ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นทำให้ผู้ป่วยเกิด กำลังใจว่าเป้าหมายจะสำเร็จในไม่ช้า (Bodenheimer et al., 2007) และเพิ่มความเชื่อมั่นใน สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยอันจะเป็นแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามต้องการ (Bodenheimer & Handley, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของวอลล์ (Wallace et al., 2009) ที่ รายงานว่าการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่ม สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยและเพิ่มระดับความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง มีจุดเด่นคือผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่ซ้ำต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจดบันทึก เป้าหมาย แผนการปฏิบัติ ความมั่นใจในการปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ซึ่งแม้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุและการจัดการตนเองบางอย่างอาจทำได้ยาก เช่น การจดบันทึกข้อมูล ต่างๆ ซึ่งตลอดโปรแกรมมีผู้ป่วย 3 รายที่สามารถจดบันทึกได้ด้วยตนเอง ส่วนอีก 22 รายมี ครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเป็นอย่างดี โดยสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะรับรู้เป้าหมาย และแผนการปฏิบัติของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ กรณีผู้ดูแลเดิมติดภารกิจและไม่ได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย จะ มีการส่งต่อให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบดูแล โดยการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ช่วยประกอบอาหาร และปรับเปลี่ยนเมนูอาหารที่หลากหลาย เช่น การทำไข่ขาว 3 รส ไข่ขาวตุ๋น ไข่ขาวยัดไส้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานไข่ขาวได้เพิ่มขึ้นจากเดิม และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้งคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัดตลอดจนการช่วยจดบันทึก ข้อมูลต่างๆ ลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองแต่ละสัปดาห์จนเสร็จสิ้น โปรแกรม พร้อมทั้งช่วย อ่านคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารให้ผู้ป่วยฟัง ร่วมกับการศึกษาคู่มือด้วยตนเอง ซึ่ง แสดงถึงการเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) ที่ดีอันส่งผลให้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์

(Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) กล่าวว่า การติดตามตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังตัวเอง ที่จะไม่แสดงพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การประเมิน ตนเองจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ และเห็นผล การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ทราบจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองอันนำไปสู่การปรับปรุง พฤติกรรมให้ดีขึ้นเรื่อยๆ และการเสริมแรงจะทำให้เกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง

ในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยได้ให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติม ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดการตนเอง และให้กำลังใจในการจัดการตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัย สำหรับการโทรศัพท์ติดตามแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยจะเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย คือ จะต้องไม่ตรงกับรอบการล้างไตทางช่องท้อง และการทำแผลช่องสายออกของผู้ป่วย โดยเลือกช่วงเวลา que ผู้ป่วยเสร็จสิ้นภารกิจส่วนตัวในแต่ละวัน และเป็นช่วงที่มีครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อร่วมให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ก่อนเวลานัดหมาย 5-10 นาที เพื่อป้องกันกรณีผู้ป่วยมีธุระด่วนหรือมีเหตุการณ์พิเศษที่ทำให้ไม่สามารถพูดคุยทางโทรศัพท์ได้และจะได้นัดหมายเวลาใหม่ที่เหมาะสม ทั้งนี้การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 จะใช้เวลาการสนทนนานที่สุด เนื่องจากเป็นครั้งแรกของการติดตามและเป็นประสบการณ์ใหม่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้วิจัยต้องกระตุ้นด้วยการใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยรายงานผลการปฏิบัติของตนเอง และตรวจสอบข้อมูลในสมุดบันทึก ตลอดจนช่วยเหลือในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป ทั้งนี้ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 จะใช้เวลาการสนทนาน้อยลง เพราะผู้ป่วยเริ่มมีความคุ้นเคย สามารถรายงานผลการปฏิบัติ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติได้รวดเร็วขึ้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลจะสะท้อนคิดว่า เป็นประสบการณ์ใหม่ที่มีผู้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาทุกสัปดาห์ ทำให้ตนเองรับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแล และเห็นผลการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งตลอดการดำเนินโปรแกรมผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งมีการศึกษารายงานว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องและให้แรงเสริมทางบวกอย่างสม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Norris, Engelgau, & Narayan, 2001) และพบว่าผู้ป่วยที่มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจะสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมตามเป้าหมายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Bodenheimer et al., 2007; Bodenheimer & Handley, 2009) ทั้งนี้การติดตามด้วยการโทรศัพท์เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ลดระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ด้วยตนเอง และเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมในโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ (Kimman et al., 2010)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยพร้อมครอบครัวหรือผู้ดูแลมาพบผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 5 ณ ห้องให้คำปรึกษาของหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเองทั้งนี้มี

ผู้ป่วยจำนวน 11 รายที่ไม่สามารถมาพบผู้วิจัยได้ เนื่องจากวัน เวลาดังกล่าวไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาโรงพยาบาล ประกอบกับบ้านอยู่ไกลและครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงแก้ไขด้วยการสนทนาทางโทรศัพท์ และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองทางโทรศัพท์เช่นกัน ทั้งนี้ได้นัดพบผู้ป่วยในครั้งถัดไปที่ตรงกับวันมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อเก็บสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร สำหรับการสนทนาทางโทรศัพท์ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับผลสรุปการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง โดยการบอกเล่าเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข รวมทั้งสรุปผลการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและข้อมูลการจดบันทึกในแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนการบอกจุดดีและจุดด้อยของการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อผลการปฏิบัติของตนเอง และสะท้อนคิดว่าเป็นประสบการณ์ใหม่ของตนเองที่ได้ร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งนี้ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และรับรู้ว่าตนเองก็สามารถมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ ผู้วิจัยและครอบครัวได้ร่วมให้กำลังใจ และชื่นชมผู้ป่วยที่มีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม และเน้นย้ำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมดีขึ้นได้ ทั้งนี้สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติทุกสัปดาห์ โดยเลือกปฏิบัติเฉพาะพฤติกรรมที่ง่ายและมีโอกาสสำเร็จตามเป้าหมายก่อน ส่งผลให้เหลือเฉพาะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยากคือ ด้านการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและต้องวางแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการปรับพฤติกรรมดังกล่าวมีความยากในการจัดการตนเอง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเบื่ออาหาร และเน้นการรับประทานเฉพาะกับข้าวมากกว่าการรับประทานข้าวเจ้าซึ่งทำให้อิ่มเร็วแต่อิ่มไม่นาน ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจุกจิกไม่เป็นเวลา และส่วนใหญ่จะชอบดื่มโอวัลติน หรือน้ำชา กาแฟ เป็นอาหารมื้อเช้าและปฏิบัติต่อเนื่องมานานหลายปี ทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดอื่นที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ (2553) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักมีนิสัยการบริโภคอาหารซ้ำๆต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนเคยชิน ทำให้ยากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า มีคะแนนสูงขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 5) อธิบายได้ว่าการพยาบาลตามปกติด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปซึ่งให้การดูแลโดยพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และนักโภชนาการของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยจะจัดให้ความรู้เฉพาะวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สำหรับนักโภชนาการจะมาพบผู้ป่วยทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) และทุกวันพุธ (โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่) ซึ่งจะเน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากกว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้ป่วยจะแสดงบทบาทเป็นผู้ตามมากกว่าการเป็นผู้นำในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่มีโอกาสสะท้อนปัญหาที่แท้จริงของตนเองให้เจ้าหน้าที่รับทราบ ทั้งนี้ไม่มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาบาลและนักโภชนาการมีกำหนดเวลาที่จำกัดสำหรับการให้คำแนะนำ และให้ความรู้ด้านโภชนาการ อีกทั้งต้องรับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหลายรายจึงทำให้มีข้อจำกัดในการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ทำให้ความถี่ในการดูแลด้านการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ และไม่อาจให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะเป็นรายบุคคลได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น ปัญหาในครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว หรือผู้ดูแลอย่างเต็มที่อันส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือเลือกรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้จากการประเมินความรู้และประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อนการทดลอง พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความรู้เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่แน่ใจว่าตนเองปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากจำไม่ได้ว่าหลักปฏิบัติที่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งปัญหาดังกล่าวแสดงถึงการขาดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผลและการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารยังไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า เฉพาะค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและวิตามินที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 6) อธิบาย

ได้ว่าการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ มีการสอนให้ความรู้และเน้นย้ำการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตและวิตามินที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานต่างๆ เช่น ขนมหวานหรือผลไม้รสหวาน เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในรายที่ยังไม่เป็นเบาหวานและกรณีที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นจากกลูโคสในน้ำตาลซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ (สุภาพร, 2552) อีกทั้งอาจเกิดจากพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง (maturation) ซึ่งอาจเป็นการศึกษาความรู้ด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร หรือสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น และอาจเกิดจากการเอาใจใส่ดูแลตนเองเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากอาการแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้มีความเคร่งครัดในการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแปรกวนที่สำคัญในการวิจัยทางการแพทย์ ที่มีการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง เพราะการประเมินผลครั้งแรกจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาคำตอบด้วยตนเอง หรือหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ทราบหลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผลการประเมินหลังการทดลองจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (บุญใจ, 2550) ทั้งนี้พัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรกวนที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง อีกทั้งอาจได้รับคำแนะนำบ่อยครั้งจึงสามารถจดจำหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้องได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเคร่งครัดในการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตและวิตามินมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ก่อนการทดลองคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 1-2) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมและรายด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (ตาราง 7 และตาราง 8 ตามลำดับ) แต่หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นไม่ได้ถูกรบกวนจากคุณสมบัติทั่วไปของ

กลุ่มตัวอย่างและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองแต่เกิดจากอิทธิพลของการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหาร โปรตีน, ไขมัน, เกลือแร่, วิตามิน, และการดื่มน้ำ ล้วนมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 9) เนื่องมาจากได้รับกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการติดตามตนเอง โดยการประเมินปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองอย่างครอบคลุมการวางแผนการปฏิบัติและการจดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง และการได้รับการเตรียมความพร้อมรายบุคคลด้วยการให้ความรู้ ทำให้มีความมั่นใจและสามารถประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าบรรลุเป้าหมาย หรือล้มเหลว พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป และจากการได้รับแรงเสริมอย่างต่อเนื่อง จากการเสริมแรงตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การชื่นชมตนเอง ภาคภูมิใจตนเอง หรือการรับประทานอาหารที่ชอบ นอกจากนี้ยังได้รับแรงเสริมจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ด้วยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย บางรายบุตรหลานจะให้รางวัลด้วยการพาไปพักผ่อนนอกสถานที่ นั่งรถชมวิวยามทะเล และพาไปรับประทานอาหารในร้านที่ผู้ป่วยชอบ เป็นต้น

การโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนคิดว่าการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภค โปรตีนมีความยากที่สุด เพราะไม่ชอบรับประทานไข่ขาว และการจดบันทึกข้อมูลจะทำให้ยากในสัปดาห์แรกเพราะไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ไม่แน่ใจว่าจดบันทึกถูกต้องหรือไม่ แต่เมื่อได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษา ทำให้ตนเองมีโอกาสบอกเล่าปัญหาและความต้องการช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ ทำให้มีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และอยากแก้ไขพฤติกรรมให้ดีขึ้นเพราะรู้ว่าผู้วิจัยคอยช่วยเหลือและติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองได้ และกล่าวขอบคุณผู้วิจัยที่เสียสละเวลาให้ตนเองและยินดีให้การช่วยเหลือทุกเวลา จากกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้น

จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) อธิบายถึงผลของการฝึกวิธีกำกับตนเอง (self - regulation) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเองและการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change-agent) และแสดงบทบาทอิสระอย่างเต็มที่จนสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยการใช้กลวิธีการจัดการตนเอง 3 ประการ ได้แก่ การติดตามตนเองการประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ทั้งนี้การใช้กลวิธีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมของผู้ป่วยทั้งระบบ ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) กล่าวคือ ต้องร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ช่วยอำนวยความสะดวกให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้วและต้องมีส่วนร่วมในกลวิธีการจัดการตนเองทุกขั้นตอน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสานกลวิธีการจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้นกับกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่จัดให้ผู้ป่วย และสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองให้ดีขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เคนนิวอะวาน (Kurniwawan, 2011) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 70 รายของประเทศ อินโดนีเซีย โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การสะท้อนคิดปัญหา การให้ความรู้ การติดตามตนเองด้วยการจดบันทึก และการเสริมแรงด้วยการโทรศัพท์ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเฉพาะค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรต ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 9) อธิบายได้ว่า เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวมีความยากในการเปลี่ยนแปลง เพราะผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิมต่อเนื่องมาเป็นเวลานานหลายปี เช่น มือเช้าของทุกวัน ผู้ป่วยจะดื่มโอวัลติน หรือน้ำชา กาแฟ เป็นประจำทุกวัน โดยจะรวมกลุ่มนั่งสนทนาที่ร้านกาแฟกับผู้สูงอายุด้วยกันทุกเช้า จึงไม่ได้รับประทานข้าวทุกมื้อแต่จะได้รับอาหารที่มีน้ำตาลในปริมาณสูง อีกทั้งในระหว่างเก็บข้อมูลมีเหตุการณ์ฟ้อง (history) ที่มีผลต่อการทดลองซึ่งควบคุมได้ยาก เช่น เทศกาลวันสำคัญทางสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงการทดลอง คือวันขึ้นปีใหม่ ซึ่งจะมีการเลี้ยงฉลองด้วยอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง โดยเฉพาะการได้รับของฝากจากบุตรหลาน เช่น ขนมเค้ก ลูกก็ ผลไม้ต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วย

รับประทานแป้งและน้ำตาลในปริมาณและความถี่ที่ไม่เหมาะสม จึงอาจส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตหลังการทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องกลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจากการติดตามประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มทดลองตลอดโปรแกรมพบว่า เป้าหมายที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเพื่อปรับปรุงตนเองมากที่สุด คือ การปรับปรุงเรื่องการบริโภคอาหาร โปรตีนและเป็นเป้าหมายที่ยากที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวทุกสัปดาห์ โดยมีทั้งผู้ป่วยคนเดิมที่ยังปฏิบัติไม่สำเร็จและผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติ ทั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติทุกสัปดาห์ กล่าวคือ ค่อยๆปรับปริมาณและความถี่ในการบริโภคให้เพิ่มขึ้นจนปฏิบัติได้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะการปรับปรุงพฤติกรรมดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างความเคยชินในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และพบว่าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามลำดับ (ตาราง 10) และในแต่ละสัปดาห์มีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมด โดยสัปดาห์ที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้สำเร็จทั้งหมดมากที่สุด (ร้อยละ 84) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 4 สัปดาห์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของผล ความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 11) และพบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมด ทั้งนี้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายเลยตลอดโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเกิดจากปัจจัยสาเหตุหลายประการ ที่สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. องค์ประกอบของเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดในแต่ละสัปดาห์จะมีผลต่อระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการเริ่มต้นด้วยเป้าหมายที่ง่าย และไม่เกินความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่ามีโอกาสทำได้สำเร็จตามที่ต้องการ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้ผู้ป่วยเลือกกำหนดเป้าหมายที่ง่ายและมีโอกาสทำได้สำเร็จมากกว่าการกำหนดเป้าหมายที่ยากเกินความสามารถ ซึ่งในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกำหนด 2 เป้าหมาย คือ ปรับปรุงการบริโภคโปรตีนและปรับปรุงการบริโภคเกลือแร่ (ร้อยละ 20) (ตาราง 10) เนื่องจากโปรตีนและเกลือแร่เป็นประเภทอาหารที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เพราะการบริโภคอาหารดังกล่าวมีผล

ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของร่างกาย เช่น อาการบวม ภาวะน้ำท่วมปอด และการเกิดของเสียคั่งในร่างกายนมากขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องลดการบริโภคอาหารรสเค็ม และเพิ่มการบริโภคอาหารโปรตีนเนื่องจากร่างกายมีการสลายโปรตีนมากกว่าปกติและมีการสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาล้างไตทุกวัน (สุภร, 2552) อีกทั้งแพทย์มักมีแผนการรักษาให้เจาะเลือดเพื่อดูค่าโปรตีนและโซเดียมในกระแสเลือดบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยอยากปรับปรุงพฤติกรรมดังกล่าวให้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นสัปดาห์ที่ 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคเกลือแร่ได้สำเร็จ แต่มีความล้มเหลวในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน จึงได้กำหนดเป้าหมายดังกล่าวต่อเนื่องในสัปดาห์ถัดไป ซึ่งจะเห็นได้จากสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกำหนด 1 เป้าหมายและเหมือนเดิมทุกสัปดาห์ คือ ปรับปรุงการบริโภคอาหารโปรตีน ซึ่งจากการประเมินปัญหาพบว่าการปรับปรุงการบริโภคอาหารโปรตีนเป็นเรื่องยากที่สุดสำหรับผู้ป่วย แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดความท้าทายและรับรู้ว่าไม่เกินความสามารถของตนที่จะทำให้สำเร็จตามต้องการจึงมีความพยายามที่จะทำให้สำเร็จทั้งนี้ต้องเริ่มจากการบริโภคในปริมาณและความถี่น้อยๆแล้วจึงค่อยๆเพิ่มปริมาณและความถี่ขึ้นเรื่อยๆจนถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการปรับตัวเพื่อยอมรับพฤติกรรมใหม่ และเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้การเริ่มด้วยเป้าหมายง่ายๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสำเร็จสูง และผลจากการสำเร็จในแต่ละสัปดาห์จะเป็นแรงขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยตั้งใจปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไปอย่างต่อเนื่อง

2. วิธีการที่ใช้ในการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายจะมีผลต่อระดับความสำเร็จและจำนวนผู้ป่วยที่ทำได้สำเร็จ ซึ่งการแบ่งระดับผลความสำเร็จตามเป้าหมายในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายและจำนวนวันที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามแผนทุกข้อ และทำได้อีกต้องทั้งปริมาณและความถี่ใน 1 สัปดาห์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ สำเร็จทั้งหมด สำเร็จบางส่วนและไม่สำเร็จ ซึ่งสำเร็จทั้งหมด หมายถึง ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและแผนที่วางไว้ 5-7 วันใน 1 สัปดาห์ ส่วนไม่สำเร็จ หมายถึง ปฏิบัติตามเป้าหมายและแผนที่วางไว้วันน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ จะเห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างน้อย 5 วันใน 1 สัปดาห์ก็ถือว่าสำเร็จทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวต่อแผนการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์และยังไม่คุ้นเคยกับพฤติกรรมใหม่ จึงอาจมีเวลาพักได้ใน 1-2 วันแรก อีกทั้งการตั้งเกณฑ์ที่สูงเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน และคิดว่าเป็นเรื่องยาก มีโอกาสสำเร็จได้น้อยส่งผลให้แรงจูงใจในการปฏิบัติลดลง (Kanfer & Gaelick - Buys, 1991) ดังนั้นเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายตามต้องการได้มากขึ้น และเกิดแรงจูงใจอันเป็นแรงเสริมทางบวกที่ดีในการปฏิบัติผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์การประเมินที่ไม่สูงเกินไป ซึ่งจะเห็นได้จากตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้

สำเร็จทั้งหมด (ร้อยละ 76), (ร้อยละ 84), (ร้อยละ 76) และ (ร้อยละ 72) ตามลำดับ (ตาราง 11) และมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่ทำได้สำเร็จทั้งหมดครบทั้ง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้มีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4) ที่ไม่สามารถทำได้สำเร็จเลยตลอดโปรแกรม (ตาราง 12) เนื่องจากมีอาการเบื่ออาหารรับประทานข้าวสวยเป็นบางมื้อและไม่ชอบรับประทานไข่ขาว หรือเนื้อสัตว์ทุกชนิด โดยเฉพาะเนื้อปลา ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติเช่นนี้มาเป็นเวลานานทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งผู้ดูแลมักให้ผู้ป่วยรับประทานเฉพาะอาหารที่ชอบซึ่งบางครั้งเป็นชนิดที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้เป็นบางวันและไม่สำเร็จตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามถือว่าผู้ป่วยทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองเพราะไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดเลยสักวัน

3. ระดับความมั่นใจของผู้ป่วยมีผลต่อระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย จากตาราง 13 จะเห็นได้ว่า ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจมากที่สุดเท่ากับ 9.56 คะแนน (SD = 0.77) สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจเท่ากันคือ 9.32 คะแนน (SD = 0.90) ซึ่งลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 เนื่องจากสัปดาห์ที่ 1 เป็นช่วงเริ่มต้นของกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยได้รับแรงเสริมที่ดีจากครอบครัวและผู้วิจัย ทำให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในตนเองสูงจึงมีความมั่นใจมาก แต่เมื่อได้ปฏิบัติจริงและมีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารมากขึ้น ประกอบกับการเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการจัดการตนเองเริ่มยากขึ้นเรื่อยๆ จึงส่งผลให้มีความมั่นใจลดลง และเมื่อเข้าสู่สัปดาห์ 4 พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจสูงขึ้นเท่ากับ 9.36 คะแนน (SD = 0.91) เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีประสบการณ์ในการจัดการตนเอง และเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ประกอบกับได้รับแรงเสริมอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและผู้วิจัย จึงส่งผลให้มีความมั่นใจมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจทั้ง 4 สัปดาห์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยในแต่ละสัปดาห์ล้วนมีค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจมากกว่า 9 ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจสูง เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายคงเดิมแต่ปรับเปลี่ยนปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละสัปดาห์ให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การปฏิบัติ และเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาในสัปดาห์ก่อนหน้า จึงมีความมั่นใจในการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป อีกทั้งการทำได้สำเร็จตามเป้าหมายในสัปดาห์แรกจะทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไป ตลอดจนการได้รับคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล และผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่สามารถทำได้สำเร็จทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ (ตาราง 11) ซึ่งมีการศึกษารายงานว่าความมั่นใจในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Bodenheimer et al., 2007; Wallace et al., 2009) ทั้งนี้การมีระดับความมั่นใจเท่ากับ

7 จะถือว่ามีความมั่นใจน้อยและจะส่งผลให้การปฏิบัติตามเป้าหมายไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีโอกาสสำเร็จน้อย (Bodenhiemer et al., 2007) ซึ่งจากการศึกษามีผู้ป่วย 1 รายที่มีความมั่นใจ 7 คะแนน ผู้วิจัยจึงประเมินสาเหตุเพิ่มเติม แล้วพบว่าแผนการปฏิบัติมีความยากเกินไปและเป็นครั้งแรกของการปฏิบัติ จึงไม่มีประสบการณ์มาก่อนทำให้ไม่มั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จ แต่หลังจากผู้วิจัยช่วยเหลือในการปรับแผนใหม่ที่ง่ายขึ้น ทำให้ความมั่นใจเพิ่มเป็น 8 คะแนน และยินดีจะปฏิบัติตามเป้าหมายต่อไป

4. ปัจจัยยับยั้งผลความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้ป่วย จากข้อมูลการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์ และการนัดพบผู้ป่วย พร้อมครอบครัวหรือผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 5 และข้อมูลที่ผู้ป่วยจดบันทึกเกี่ยวกับการจดบันทึกของผู้วิจัย พบว่าระหว่างปฏิบัติการจัดการตนเองมีผู้ป่วยประสบปัญหา อุปสรรค และผู้วิจัยได้จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

4.1 การเกิดปัญหาในครอบครัวของผู้ดูแล ได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกรายอื่นในครอบครัว การมีปัญหาระหว่างคู่สมรส ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เช่น ลืมจดบันทึกข้อมูล ไม่ได้จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย และไม่สะดวกในการสนทนาทางโทรศัพท์กับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและขาดแรงเสริมที่ดีในการปฏิบัติตามแผน จึงส่งผลให้ทำได้สำเร็จตามเป้าหมายบางส่วน ทั้งนี้ผู้วิจัยแก้ไขโดยการให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งจดบันทึกข้อมูลแทนผู้ดูแลและแนะนำให้จดข้อมูลย้อนหลังเมื่อมีความสะดวก

4.2 การสูญเสียบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องจัดเตรียมงานศพ และต้องดูแลแขกในงานต่อเนื่องกันหลายวัน จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวไม่เต็มที่ ประกอบกับมีการจัดเตรียมอาหารจำนวนมาก และมักเป็นอาหารที่มีไขมันสูงหรือใส่เครื่องปรุงรสหลายชนิดส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในปริมาณและความถี่เพิ่มขึ้น ผลการประเมินในสัปดาห์นั้นจึงไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยแก้ไขโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องเมื่องานเสร็จสิ้นและแนะนำให้ผู้ดูแลคอยเตือนผู้ป่วยรวมทั้งเลือกอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยรับประทาน ทั้งนี้การสนทนาทางโทรศัพท์จะใช้เวลาน้อยลงและสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญเพื่อไม่ให้รบกวนเวลาของผู้ป่วยและครอบครัวมากเกินไป

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง แต่ยังกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนจนเกิดความสำเร็จตามเป้าหมายสอดคล้องกับการศึกษาของดีวอลล์และคณะ (DeWalt et al., 2009) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้กำหนดเป้าหมาย วางแผนการ

ปฏิบัติและประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้ดีขึ้นได้

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นจากเดิม โดยมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งปริมาณ และความถี่ตามหลักการบริโภคอาหารทั้ง 6 ประเภท และสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และทราบแนวทางการแก้ไขปัญหา อีกทั้งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และได้กำลังใจที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ระหว่างเดือน ธันวาคม 2555 - เดือนมีนาคม 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 50 ราย โดยผู้ป่วย 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และชนิดของโรคร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร สื่อนำเสนอภาพนิ่ง สมุดบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยง โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.38, p < .01$)

2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.99, p < .01$)

3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมดใน 4 สัปดาห์ และมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4) ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้สำเร็จทั้งหมด และพบว่าเป้าหมายที่ยากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่าง คือ การปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ทั้งนี้ผู้ป่วยเลือกกำหนดเป้าหมายดังกล่าวมากที่สุดตลอดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการสอนสอนเทคนิคการล้างไต การทำแผลช่องสายออก และการบันทึกผลกำไรขาดทุนของน้ำยาล้างไตในแต่ละวัน โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารควบคู่กับการสอนเทคนิคต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เริ่มแรกและเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ทั้งหมด เพราะเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง จึงต้องมีการติดตามให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องต่อไป

1.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้สะท้อนคิดปัญหาอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการ เช่น ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ปัญหาภายในครอบครัว หรือเหตุการณ์พิเศษอื่นๆ เป็นต้น

1.4 การจัดเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ควรเน้นย้ำเรื่องการแก้ไขปัญหากรณีครอบครัวหรือผู้ดูแลคนเดิมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือมีเหตุการณ์พิเศษเกิดขึ้นระหว่างการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและมีกำลังใจที่ดี

1.5 การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ควรเน้นความรู้ด้านการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรต วิตามิน และการดื่มน้ำ เนื่องจากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังมีความรู้ไม่เพียงพอ และควรประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วยรายอื่นและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยควรเน้นการยกตัวอย่างชนิดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น การงดรับประทานข้าวกล้อง หัวปลี ผักนึ่ง ฟักทอง หรืองดการดื่มน้ำแร่ เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและผลการศึกษาในโปรแกรมไปเผยแพร่ในสถาบันการศึกษา เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

3. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้หน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของโรงพยาบาลจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายกรณี เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ อีกทั้งควรจัดให้มีการรายงานผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม จึงไม่อาจยืนยันได้ว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรม

บริโภคอาหารที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องหรือไม่ จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยการติดตาม ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมที่ 1 เดือน หรือ 3 เดือนตามความเหมาะสม และควรมีการติดตาม ผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ เช่น อัตราการนอนโรงพยาบาลที่มีสาเหตุ จากปัญหาทางโภชนาการ ค่าอัลบูมิน (albumin) ในเลือด ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ระดับความดันโลหิต หรืออาการบวมกดปุ่มตามร่างกาย เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กัลยา กาลสัมฤทธิ์. (2553). การประเมินภาวะโภชนาการ. ใน *ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, (บรรณาธิการ), เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2553 ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (155-163)*. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.
- เกศกนก เข้มคง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกรียง ตั้งสง่า, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ทรงเกียรติ หลิวสุวรรณ, และนันทา มหัทธนนท์. (2551). การจัดตั้งหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้อง. ใน *สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันทน์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ล้ำเลิศกุล, และประเสริฐ ชนกกิจจารุ (บรรณาธิการ), Textbook of peritoneal dialysis (63-85)*. กรุงเทพฯ: เทกซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ชนิดา ปโชติการ, สุนาฏ เตชางาม, และชวลิต รัตนกุล. (2551). Practical points on dietary management in CAPD. ใน *ทวี ศิริวงศ์ และชลธิ์ พงศ์สกุล (บรรณาธิการ), 2008 Optimal care on CAPD in Thailand (133-144)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น.
- ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. (2553). *The art of malnutrition management in CKD. เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2553*. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย
- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2549). แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของ NKF/DOQI, EBPG, CSN, UK และ CARI ในการดูแลโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. ใน *สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ชันดา ตระการวนิช และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บรรณาธิการ), Improving quality of dialysis, (339-452)*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). Overview of renal replacement therapy. ใน *สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันทน์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, คุณิต ล้ำเลิศกุล, และประเสริฐ ชนกกิจจารุ (บรรณาธิการ), Textbook of peritoneal dialysis (1-17)*. กรุงเทพฯ: เทกซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

- คาราลักษณ์ ถาวรประสิทธิ์. (2544). *ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). (2550). *แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: ทีฟิล์ม.
- ทวี ศิริวงศ์ (2551). CAPD activities in Thailand: Roles and experience of srinagarind hospital. ใน ทวี ศิริวงศ์ และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ), *2008 Optimal care on CAPD in Thailand* (1-17). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นครินทร์ ศันสนยุทธ. (2553). The malnutrition, inflammation, and atherosclerosis (MIA) syndrome. ในชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (บรรณาธิการ), *The art of malnutrition management in CKD* (55-65). กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย.
- นงนุช สุวรรณเพชร. (2553). *การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง: ปัญหาและแนวทางส่งเสริม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 28(1), 60-68.
- นงลักษณ์ สิงแก้ว. (2544). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านข้างเคียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นัยนา พิพัฒน์วันชชา. (2535). *ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา. (2550). ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ในบุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีกันทา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (3), (39-69). นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.

- พรนภา ไชยอาสา, กนกพร สุคำว้าง, และอักรอนงค์ ปราโมช. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ภักจิรา เบญญาปัญญา. (2552). *แนวทางการดูแลรักษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วย CAPD*. ใน *สุกรบุญปวนิช, ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภักจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วนรรณมณี, และสินีนานู สุขอุบล (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน (47-58)*. สงขลา: วนิดาเอกสาร.
- รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รุ่งทิพย์ สีนวลแล. (2546). *การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- รุ่งนภา ป็องเกียรติชัย. (2542). *การศึกษาการได้รับสารอาหารของนักเรียนมัธยมปลายในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามความถี่ของอาหารบริโภคอาหารกึ่งปริมาณ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิชัยม, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพทกุล, และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (22-37)*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศศิธร ชำนาญผล. (2542). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ศศิธร ชิดนาคี. (2547). *ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศุภวรรณ เลิศโกถานนท์. (2553). *Basic clinical nutrition. ในชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, (บรรณาธิการ), เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2553 ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (1-11)*. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ.

- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2550). *สาระความรู้เรื่องโรคไต*. Retrieved March 7, 2012, from <http://www.Nephrothai.org>.
- สุธาณี วีระเดชะ. (2554). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุนันทา ครองยุทธ. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุกร บุษปวนิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน*. ในสุกร บุษปวนิช, ชารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภักจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรรณชมณี, และสินีนานู สุขอุบล (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน (1-6)*. สงขลา: วนิดาเอกสาร.
- สุภาพ อ้อมอ้วน. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุภาพรณ์ ด้วงแพง. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข*. วันที่ค้นข้อมูล 22 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/status.html>
- อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรูญรักษ์, พศมัย เอกก้านตรง, และโสภา ทมโชติพงศ์. (2548). *ความสามารถในการเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(2), 77-90.

- อมรรัตน์ ปุຍงาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. (2553). การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไต. ในชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย(บรรณาธิการ), *เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2553* (13-28).
- โอภาส ไตรตานนท์, และศุภชัย ฐิติอาชากุล. (2550). Chronic of chronic dialysis: PD vs HD ในชนิด จิรนนท์วิช, สิริภา ช้างศิริกุลชัย, ธนันดา ตระการวนิช, และวสันต์ สุเมธกุล (บรรณาธิการ), *Comprehensive review of dialysis* (309-328). กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอนัลพับลิเคชั่น.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients and nurses experiences of the caring relationship in hospital: An aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 500-506.
- Bodenheimer, T., Dsvic, C., & Holman, H. (2007). Helping patients adopt healthier behaviors. *Clinical Diabetes*, 25, 66-70.
- Bodenheimer, T., & Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling*, 76, 174-180.
- Carrero, J. J., Heimbürger, O., Chan, M., Axelsson, J., Stenvinkel, P., & Lindholm, B. (2009). Protein-energy malnutrition wasting during peritoneal dialysis. In R. Khanna & R. T. Krediet (Eds.), *Nolph and Gokal's Textbook of peritoneal dialysis* (pp. 611-647). New York: Springer Science and Business Media.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Curtin, R. B., Johnson, H. K., & Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: Insights from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal*, 31(6), 615-624.
- Curtin, R. B., & Mapes, D. I. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-392.

- DeWalt, D., Davis, T. C., Wallace, A. S., Seligman, H. K., Bryant-Shilliday, B., Arnold, C. L., et al. (2009). Goal setting in diabetes self-management: Taking the baby steps to success. *Patient Education and Counseling*, 77, 218-223.
- Dimkovic, N., & Oreopoulos, D. G. (2002). Chronic peritoneal dialysis in the elderly. *Seminars in Dialysis*, 15(2), 94-97.
- Grapsa, E., & Oreopoulos, D. G. (2009). Chronic peritoneal dialysis in the elderly. In R. Hhanna & R. T. Krediet (Eds.), *Nolph and Gokal's textbook of peritoneal dialysis (737-755)*. Athens: Springer Science.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods (305-360)*. New York: Pergamon Press.
- Kimman, M. L., Bloebaum, M. M., Dirksen, C. D., Houben, R. M., Lambin, P., & Boersma, L. J. (2010). Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *Biomed Central*, 10, 174.
- Kurniawan, T. (2011). *Effect of self-management support program on diabetic foot care behavior in patients with diabetic mellitus in West Java, Indonesia*. Unpublished master's thesis, Prince of Songkla University, Songkla.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Patients as partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 320(7234), 526-527.
- Maiorca, R., Cancarini, G., Brunori, G., Vonesh, E., Manih, L., Camerini, C., et al. (1993). Continuous ambulatory peritoneal dialysis in the elderly. *Peritoneal Dialysis International*, 13(2), 165-171.
- McCann, B. S., Bovbjerg, V. E. (1998). Promoting dietary change. In S. A. Shumaker., E. B. Schron., J. K. Ockene, & W. L. Mcbee (Eds.), *The handbook of health behavior change (2 nd ed.)*, (pp.167-188). New York: Springer Publishing.
- Musacchio, E., Perissinotto, E., Binotto, P., Sartoli, L., Silva-Netto, F., Zambon, S., et al. (2007). Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic status and lifestyle factors. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(2), 78-86.

- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24, 561-587.
- Oreopoulos, D. G., & Dimkovic, N. (2003). Geriatric nephrology is coming of age. *Journal American Society Nephrology*, 14, 1099 - 1101.
- Primanda, Y. (2011). *Effect of dietary self-management support program on dietary behaviors in patients with type2 diabetes mellitus in Yogyakarta, Indonesia*. Unpublished master's thesis, Prince of Songkla University, Songkla.
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *Journal Clin Psychiatry*, 5, 22-29.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes, *Nurs Outlook*, 57, 217-225.
- 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.
- Thodis, E. D., & Oreopoulos, D. G. (2011). Home dialysis first: a new paradigm for new ESRD patients. *Journal EPHROL*, 24(4), 398-404.
- Vatankhah, N., Khamseh, M. E., Noudeh, Y., Aghili, R., Baradaran, H. R., & Haeri, S. N. (2009). The effectiveness of foot care education on people with type 2 diabetes in Tehran, Iran. *Primary Care Diabetes*, 3, 73-77.
- Wallace, A. S., Seligman, H. K., Davis, T. C., Schillinger, D., Arnold, C. L., Bryant-Shilliday, B., et al. (2009). Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 75, 328-333.
- WHO. (1972). *Technical report series (No. 647)*. New York: Author..
- Zappacosta, A. R., & Perras, S. T. (1984). *Continuous ambulatory peritoneal dialysis*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}$$

ES คือ ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

SD_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของศศิธร (2547) เรื่องผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

$$\bar{X}_1 = 32.69 \quad \bar{X}_2 = 23.27 \quad SD_1 = 2.53 \quad SD_2 = 4.94$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{32.69 - 23.27}{\sqrt{(2.53^2 + 4.94^2)/2}} \\ &= 2.40 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 แต่เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ (large effect size) และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จึงเลือกค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 ตามตาราง ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 52 ราย

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาและวางแผน การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2 ครั้ง โดยครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งในระหว่างนี้ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม พยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และนักโภชนาการ ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และมีการแจกเอกสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากหน่วยโภชนาการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ท่านจะได้รับค่าตอบแทนในการเดินทางมาพบผู้วิจัยทุกครั้ง และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองท่านจะได้รับคู่มือการจัดการตนเองและได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองหากมีความต้องการ

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการของท่าน การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด ท่านมีอิสระ มีสิทธิ และมีเวลาการตัดสินใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมวิจัย ท่านมีสิทธิยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ หากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....
 (.....) (.....) (นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน)
 ผู้เข้าร่วมวิจัย พยาน ผู้วิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาและวางแผน การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองใช้เวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หลังจากนั้นท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อภาวะโภชนาการ หลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติรวมทั้งวิธีการจดบันทึก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที และจะได้รับสมุดบันทึกพร้อมหนังสือคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ท่านจะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามจากผู้วิจัยทุกสัปดาห์เพื่อสอบถามผลการปฏิบัติและให้คำปรึกษาตามความต้องการ ส่วนในสัปดาห์ที่ 5 ขอความร่วมมือให้ท่านมาพบผู้วิจัยอีกครั้งเพื่อประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งนี้ท่านจะได้รับค่าตอบแทนในการเดินทางมาพบผู้วิจัยทุกครั้ง

การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการของท่าน การนำเสนอข้อมูลหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด ท่านมีอิสระ มีสิทธิ และมีเวลาการตัดสินใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมวิจัย ท่านมีสิทธิยกเลิกหรือถอนตัวออกจางานวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ หากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....
 (.....) (.....) (นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน)
 ผู้เข้าร่วมวิจัย พยาน ผู้วิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

1.2 ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 15 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และเติมข้อความให้ตรงกับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากการสัมภาษณ์

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ ซิกข์
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 - ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก
6. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
 - รับจ้าง รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท
8. ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก
 - ภรรยา/สามี บุตร/หลาน พี่/น้อง เพื่อน/ญาติ
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....
9. หน้าที่ของผู้ดูแลหลัก.....
10. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน
 - ภรรยา/สามี บุตร/หลาน พี่/น้อง เพื่อน/ญาติ
 - อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน

- บ้านของตนเอง บ้านของบุตร/หลาน
- บ้านของพี่/น้อง บ้านของเพื่อน/ญาติ
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

12. ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ

- ทำด้วยตนเอง ภรรยา/สามี บุตร/หลาน พี่/น้อง
- เพื่อน/ญาติ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

13. ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหาร

- ไม่มี
- มี (โปรดระบุ).....

1.2 ข้อมูลสุขภาพ

- ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง.....ปี
- ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....ปี.....เดือน
- ช่วงเวลาการล้างไตในแต่ละวัน
- ชนิดของน้ำยาล้างไต
- ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ในช่องท้องแต่ละครั้ง.....มิลลิลิตร
- ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต

ไม่มี

มี (โปรดระบุ).....
- ปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร

ไม่มี

มี (โปรดระบุ).....
- ปัญหาด้านการรับรสอาหาร

ไม่มี

มี (โปรดระบุ).....
- ปัญหาด้านการดมกลิ่น

ไม่มี

มี (โปรดระบุ).....

10. ประวัติการแพ้อาหาร

 ไม่มี มี(โปรดระบุ).....

11. โรคร่วมอื่นๆนอกเหนือจากโรคไตวายเรื้อรัง

 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคไขมันในเลือดสูง อื่นๆ (โปรดระบุ).....

12. ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

 ยาโรคไต ยาโรคเบาหวาน ยาโรคหัวใจ ยาลดไขมัน ยาลดความดันโลหิต ยาโรคเกาต์ ยาจับฟอสเฟต อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เลขที่แบบสอบถาม กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของท่านที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะมีข้อความให้ท่านพิจารณาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟัง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับคำตอบที่ท่านได้ปฏิบัติเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพียงบางครั้งหรือปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
โปรตีน (เนื้อ นม ไข่)				
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ใดอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เนื้อหมู วัว ไก่ เป็ด กุ้ง หอย ปู ปลา อย่างน้อย 2 ซ้อน กินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				
2. ท่านรับประทานเฉพาะไข่ขาวไม่เอาไข่แดง 4-6 ฟองต่อวัน				
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง 1แก้ว(240 มิลลิลิตร) ต่อวัน				
4. ท่านรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เต้าหู้ ถั่วชนิดต่างๆ โปรตีนเกษตร อย่างน้อย 3ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ)ต่อ 1 มื้อ				
5. ท่านดื่มนมสดชนิดพร่องมันเนยไม่เกิน 1 กล่อง (240 มิลลิลิตร) ต่อวัน				
คาร์โบไฮเดรต(ข้าว แป้ง น้ำตาล)				
6. ท่านรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ข้าวสวย ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว 2-3 ทัพพีต่อ 1 มื้อ				
7. ท่านรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ บะหมี่ หมี่ซั่ว 3 ทัพพีต่อ 1 มื้อ				
8. ท่านรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ข้าวคลุกกะปิ ข้าวคลุกน้ำพริก ข้าวแกงกะทิ ข้าวเหนียวดำ-				

แดง3 ทัพพีต่อ 1 มื้อ				
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
คาร์โบไฮเดรต(ข้าว แป้ง น้ำตาล)				
9. ท่านรับประทานขนมหวานที่ไม่มีส่วนผสมของไขแดง ถั่ว หรือกะทิ ไม่เกิน 1 ทัพพี ต่อ 1 มื้อ				
ไขมัน				
10. ท่านทำอาหารด้วยน้ำมันอย่างไร อย่างหนึ่ง เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าวเกิน 3ช้อนกาแฟ (ช้อนชา) ต่อ 1 มื้อ				
11. ท่านทำอาหารด้วยน้ำมันอย่างไร อย่างหนึ่ง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันรำข้าวไม่เกิน 2 ช้อนกาแฟ (ช้อนชา) ต่อ 1 มื้อ				
12. ท่านรับประทานอาหารอย่างใด อย่างหนึ่ง เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ เครื่องในสัตว์ต่างๆ ไขแดง ไข่ปลา ปลาหมึก 3ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				
13. ท่านรับประทานอาหารอย่างใด อย่างหนึ่ง เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา นึ่ง หรือต้มแทนการทอด 2 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
เกลือแร่				
14. ท่านปรุงอาหารด้วยเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรสต่างๆ ไม่เกิน 1 ช้อนกาแฟ (ช้อนชา) ต่อ 1 มื้อ				
15. ท่านปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว เกิน 1 ช้อนกาแฟ (ช้อนชา) หรือซุบก้อน 2 ก้อนต่อ 1 มื้อ				
16. ท่านปรุงรสอาหารด้วยเครื่องปรุงอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น พริก พริกไทย มะนาว ใบมะกรูด ตะไคร้ อย่างน้อย 1 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				
17. ท่านรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม 3 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				
18. ท่านเติมเครื่องปรุงอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น พริกน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ซอสปรุงรส 2 ช้อนกาแฟ (ช้อนชา) ในขณะที่รับประทานอาหาร 1 มื้อต่อวัน				
19. ท่านรับประทานอาหารดองเค็มอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผักกาดดอง กระเทียมดอง หน่อไม้ดอง ผลไม้ดอง 2 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ				

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
วิตามิน				
20. ท่านรับประทานผักอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น แตงกวา แตงร้าน มะระ ฟักเขียว บวบ มะเขือยาว ผักกาดแก้ว ผักกาดหอม อย่างน้อย 1 ทัพพี ต่อ 1 มื้อ				
21. ท่านรับประทานผักอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หัวปลี ผักบุ้ง ผักกาดขาวคะน้า ฟักทอง เห็ด ข้าวโพดอย่างน้อย 2 ทัพพี ต่อ 1 มื้อ				
22. ท่านรับประทานผลไม้ชนิดใดอย่างหนึ่ง เช่น กล้วยหอม ทุเรียน มะม่วงสุก ขนุน 5-8 ชิ้นต่อ 1 มื้อ				
น้ำ				
23. ท่านดื่มน้ำสะอาด น้ำประปา หรือน้ำกรอง 1 - 2 ขวดแม่โจง (1-2ลิตร) (กรณีไม่บวมและปัสสาวะออกดี) หรือ 1 ขวดแม่โจง (1 ลิตร) (กรณีบวม และปัสสาวะออกน้อย) ต่อวัน				
24. ท่านดื่มน้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น น้ำบาดาล น้ำแร่ 1 - 2 ขวดแม่โจง (1-2ลิตร) ต่อวัน				
25. ท่านดื่มน้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม เครื่องดื่มเกลือแร่ น้ำชา กาแฟ 1 แก้วต่อวัน				

เลขที่แบบสอบถาม

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของท่านก่อนเริ่มการให้ความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการให้ความรู้แก่ท่านเป็นรายบุคคล โดยในแบบสัมภาษณ์จะมีข้อความจำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะอ่านข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟัง แล้วให้ท่านเลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ผู้วิจัยจะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านเพียงคำตอบเดียว

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
โปรตีน (เนื้อ นม ไข่)		
1. ท่านควรรับประทานอาหารโปรตีน (เนื้อ นม ไข่) เพิ่มขึ้นกว่าระยะที่ยังไม่ได้บำบัดด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง		
2. ท่านควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อย่างน้อย 2 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) ต่อ 1 มื้อ		
3. ท่านสามารถดื่มนมพร่องมันเนยได้ไม่เกิน 1 กล่อง (240 ซีซี) ต่อวัน		
4. ท่านควรรับประทานเฉพาะไข่แดง 4-6 ฟองต่อวัน		
คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล)		
5. ท่านควรรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวเจ้า 3 มื้อต่อวัน		
6. ท่านสามารถรับประทานขนมปัง วุ้นเส้น ก๋วยเตี๋ยวแทนการรับประทานข้าวสวยได้		
7. ท่านควรงดการรับประทานขนมหวานที่ทำจากกะทิ ไข่แดง และถั่วต่างๆ		
ไขมัน		
8. ท่านควรรับประทานอาหารประเภทต้ม ลวก นึ่ง อบ ยำแทนอาหารประเภททอด		
9. ท่านควรรับประทานหมูทอด หมูสามชั้น ไข่ปลา ปลาหมึก และเครื่องในสัตว์		
เกลือแร่		

10. ท่านควรปรุงอาหารด้วยซูปก้อน ซิว ซอสหอยนางรม หรือเต้าเจี้ยว		
คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
เกลือแร่ (ต่อ)		
11. ท่านไม่ควรเติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วขณะรับประทานอาหาร		
วิตามิน		
12. ท่านควรรับประทานผัก เช่น หัวปลี ผักบุ้ง ฟักทอง คะน้า ผักกาดขาว ข้าวโพด		
13. ท่านควรรับประทานผลไม้ เช่น ก้วยหอม มะม่วงสุก ขนุน ทูเรียน		
น้ำ		
14. ท่านควรดื่มน้ำแร่แทนการดื่มน้ำดื่มสุก หรือน้ำกรอง		
15. ท่านควรงดการดื่มน้ำผลไม้ น้ำชา หรือ กาแฟ		

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 2 แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ส่วนที่ 5 ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point)

ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
1. การประเมินปัญหา และวางแผน	-เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด ทักษะการติดตาม ตนเอง	สถานที่ -ห้องให้ คำปรึกษา วิธีการ - สนทนา แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นรายบุคคล -ใช้แบบ สัมภาษณ์ความรู้ เกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร ระยะเวลา - 25 นาที	1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการ แนะนำตนเอง ชี้แจง วัตถุประสงค์ และใช้คำถาม ปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วย สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของตนเองดังนี้ - การรับประทานอาหารที่ คุณลุง/ป้าปฏิบัติในขณะนี้ เป็นอย่างไรบ้างคะ	1.สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องและความต้องการ แก้ไขปัญหา	1.ร่วมให้ข้อมูลเพิ่มเติมและ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือความรู้เกี่ยวกับการ บริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ รักษาด้วยการล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<ul style="list-style-type: none"> - คุณลุง/คุณป้าประสบปัญหาการเลือกรับประทานในแต่ละวันบ้างหรือไม่คะ - คิดว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากอะไรได้บ้างคะ - คุณลุง/ป้ามีความต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือไม่คะ และควรแก้ไขอย่างไรคะ <p>2. รวบรวมปัญหาและเตรียมเพิ่มเติมทักษะด้วยการให้ความรู้และให้คำปรึกษา</p>		
2. การเตรียมความพร้อมรายบุคคล	- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง	สถานที่ - ห้องให้คำปรึกษา วิธีการ - อภิปราย	1. ให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล	1. รับฟังการให้ความรู้/ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เดิมของตนเองและพฤติกรรมที่ปฏิบัติในปัจจุบัน	1. รับฟังการให้ความรู้/และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
		ระยะเวลา 40 นาที	2.กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องการและวางแผนการปฏิบัติโดยใช้คำถามปลายเปิด ดังนี้ - จากความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คุณลง/ป้าคิดว่าการรับประทานอาหารปฏิบัติในขณะนี้ผ่านเกณฑ์ข้อใดบ้าง และมีส่วนใดที่ต้องการปรับปรุงบ้างหรือไม่	2.เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับ หลังจากนั้นระบุปัญหาของตนเองและกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ บอกระดับความมั่นใจของตนเองและสาธิตการจดบันทึกลงสมุดบันทึก	2. ร่วมอภิปรายและให้ข้อมูลเพิ่มเติม และเรียนรู้วิธีการจดบันทึกร่วมกับผู้ป่วย

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ปวย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<p>-คุณลุง/ป้าคิดว่าปัญหาการรับประทานอาหารของคุณลุง/ป้าคืออะไร และเป้าหมายที่ต้องการมีอะไรบ้างคะ</p> <p>- คุณลุง/ป้ามีแนวทางการแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวอย่างไรบ้างคะ</p> <p>หลังจากนั้นแนะนำสมุดบันทึกพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและสาริตวิธีการบันทึกพร้อมทั้งให้ผู้ปวยสาริตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p> <p>3. หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ปวย</p>		

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<p>หากมั่นใจน้อยกว่าระดับ 7 จะช่วยเหลือในการปรับเป้าหมายและวางแผนใหม่จนมีความมั่นใจตั้งแต่ระดับ 7 ขึ้นไป</p> <p>4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -คุณลุง/ป้าคิดว่าพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว และมีความพอใจ มีอะไรบ้างคะ - คุณลุง/ป้าคิดว่าจุดด้อยหรืออุปสรรคในการรับประทานอาหารที่ผ่านมาก็อะไรคะ และจะแก้ไขอย่างไรดีคะ 	<p>3.ชมเชยตนเองในพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ทำได้เหมาะสมแล้ว และตั้งรางวัลให้แก่ตนเองหากปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยังทำไม่ได้จุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเองและการพัฒนาตนเองเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น</p>	<p>3. ร่วมอภิปรายและให้ข้อมูลเพิ่มเติม และร่วมให้กำลังใจผู้ป่วย</p>

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<p>หลังจากนั้นชมเชยในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำได้แล้ว และให้กำลังใจเพื่อพัฒนาตนเอง</p> <p>-มอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อใช้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน</p> <p>-แนะนำครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ป่วยแนะนำการติดตามสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยรวมทั้งตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์จากนั้นนัดพบผู้ป่วยครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5</p>	<p>-ศึกษาคู่มือการจัดการตนเองและสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p>	<p>-ศึกษาคู่มือการจัดการตนเองและสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p>

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
3. การปฏิบัติการ จัดการตนเอง	-เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดทักษะการ ติดตามตนเอง การประเมิน ตนเอง และการ เสริมแรงตนเอง	ระยะเวลา -สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 4 วิธีการ -โทรศัพท์ติดตาม ผู้ป่วยทุกสัปดาห์ เพื่อให้คำปรึกษา ให้ความรู้ เพิ่มเติมและ ประเมินผล ความสำเร็จตาม เป้าหมายในแต่ละ สัปดาห์	1. โทรศัพท์หาผู้ป่วยทุก สัปดาห์เพื่อประเมินผล ความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้ -คุณลุง/ป้าได้ปฏิบัติตามแผน ตลอดทั้งสัปดาห์หรือไม่คะ -คุณลุง/ป้าคิดว่าปฏิบัติได้ สำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ คะและเพราะเหตุใด -ในขณะที่ปฏิบัติมีปัญหา อุปสรรคเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ คะ และแก้ไขอย่างไร -เป้าหมายและแผนการ ปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไปคือ อะไรคะ	1.ปฏิบัติพฤติกรรมกร บริโภคอาหารด้วยตนเองที่ บ้าน พร้อมทั้งจดบันทึก พฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติทุก วัน 2.ประเมินผลความสำเร็จตาม เป้าหมายของตนเอง โดยการ เปรียบเทียบพฤติกรรมที่ ปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนด ไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา และ จดบันทึกลงสมุดบันทึก 3.ตอบคำถามผู้วิจัยโดย สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับผลการ ประเมินตนเอง และเสริมแรง ตนเองทางบวกกรณีผลการ ปฏิบัติสำเร็จตามเป้าหมาย	1.ติดตามสังเกตการปฏิบัติ พฤติกรรมกรบริโภค อาหารของผู้ป่วยขณะอยู่ที่ บ้าน และให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการ ปฏิบัติพฤติกรรม ตลอดจน คอยอำนวยความสะดวก กรณีผู้ป่วยขอความ ช่วยเหลือ 2. รายงานผลการสังเกต ติดตามพฤติกรรมกร บริโภคอาหารของผู้ป่วยแก่ ผู้วิจัย

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<p>2. ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ และให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเกิดความเข้าใจ</p> <p>3. สอบถามครอบครัวหรือผู้ดูแลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ พร้อมทั้งลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกของผู้วิจัย เมื่อครบสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อพบผู้วิจัยในครั้งที่ 2 และให้นำสมุดบันทึกการจัดการตนเองมาด้วย</p>	<p>ไปเที่ยวพักผ่อนนอกสถานที่ กรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย จะเสริมแรงตนเองทางลบ โดยการพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ตนเองทำไม่ได้ พิจารณาข้อบกพร่องของตนเอง และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป</p> <p>- โทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยกรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ</p>	

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
4. การประเมินผล พฤติกรรมกรรมการจัดการ ตนเอง	1.เพื่อประเมิน ระดับพฤติกรรม การบริโภค อาหารหลังได้รับ โปรแกรม ส่งเสริมการ จัดการตนเอง 2.เพื่อส่งเสริม ทักษะ การ ติดตามตนเอง การประเมิน ตนเอง และการ เสริมแรงตนเอง	สถานที่ -ห้องให้ คำปรึกษา วิธีการ -สนทนา รายบุคคล แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นร่วมกัน ระยะเวลา - 20 นาที	1. ใช้คำถามปลายเปิด สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ปฏิบัติใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา มาดังนี้ -การบริโภคอาหารที่คุณลุง/ ป้าปฏิบัติใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นอย่างไรบ้างคะ -คุณลุง/ป้าคิดว่าผลการ ปฏิบัติโดยรวมเป็นอย่างไร บ้างคะ มีอุปสรรคอะไรบ้าง และแก้ไขปัญหอย่างไรบ้าง คะ -บอกได้หรือไม่คะว่า พฤติกรรมใดที่พอใจ และ พฤติกรรมใดที่ยังทำไม่ได้	1.พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ตนเองปฏิบัติใน 3 สัปดาห์ ที่ผ่านมา และสะท้อนข้อมูล เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรคที่ เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไข ปัญหา และสรุปผลการ ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารของตนเองทั้งหมด โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ที่กำหนดไว้และข้อมูลใน สมุดบันทึก	1.สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับ ผลสรุปการสังเกต พฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยและ กิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยทั้งหมด

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่ / วิธีการ ระยะเวลา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
			<p>2. ชมเชยผู้ป่วยในพฤติกรรม ที่ทำได้ตามเป้าหมายและให้ กำลังใจ พร้อมทั้งให้ คำปรึกษาเพิ่มเติมใน พฤติกรรมที่ยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้</p> <p>-สรุปภาพรวมเกี่ยวกับการ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม การจัดการตนเอง ผลลัพธ์ที่ ได้และเน้นให้ผู้ป่วย ปฏิบัติการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>-ให้ผู้ช่วยวิจัยประเมิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับ โปรแกรม (posttest) จากนั้นผู้วิจัยแจ้ง ถึงการสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้</p>	<p>2.เสริมแรงตนเองทางบวก เช่น ชื่นชมตนเอง ใน พฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จตาม เป้าหมาย และให้กำลังใจ ตนเองเพื่อพัฒนาตนเอง ต่อไปในพฤติกรรมที่ยังไม่ สามารถปฏิบัติได้</p>	<p>2. ร่วมให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วย</p>

			และกล่าวขอบคุณผู้ป่วย		
--	--	--	-----------------------	--	--

ส่วนที่ 2 แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
นำเข้าสู่บทเรียน	1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบขอบเขตของเนื้อหาและเข้าใจถึงความสำคัญของการได้รับความรู้ในครั้งนี้	หลังจากท่านได้สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองแล้ว และจากผลการประเมินความรู้ของคุณลุง/ป้าพบว่าได้คะแนน.... จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งยังมีสิ่งที่ต้องเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องในเรื่อง..... ความรู้เหล่านี้จะใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่านกับเกณฑ์มาตรฐาน ช่วยให้ทราบปัญหาของตนเองและทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อไป	- สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) - อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น - 5 นาที	- อธิบายขอบเขตเนื้อหาและความสำคัญของเนื้อหาดังกล่าว - ประเมินความเข้าใจในขอบเขตของเนื้อหาและความสำคัญโดยการถามย้อนกลับ	- ตั้งใจฟังการให้ความรู้ - ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	- ตั้งใจฟังการให้ความรู้ - ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับการ จัดการตนเอง ด้านบริโภค อาหาร	1. เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจและ ตระหนักใน ความสำคัญ ของการจัดการ ตนเองด้าน บริโภคอาหาร	<p>1. การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ก่อนเข้าสู่เนื้อหา ผู้วิจัยใช้คำถามดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • คุณลุง/ป้าทราบหรือไม่คะว่าผู้ป่วยที่รักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต้อง รับประทานอาหารอย่างไร - หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ความรู้ เพิ่มเติมตามสภาพปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย <p>2. ความสำคัญของการจัดการตนเองด้านการ บริโภคอาหาร - ก่อนเข้าสู่เนื้อหา ผู้วิจัยใช้คำถาม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • คุณลุง/ป้าทราบหรือไม่ว่าการเลือก รับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมี ความสำคัญอย่างไร - หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ 	<p>- สื่อนำเสนอ ภาพนิ่ง (power point)</p> <p>- บรรยาย/ อภิปราย</p> <p>- 5 นาที</p>	<p>- อธิบาย ความหมายและ ความสำคัญ ของการจัดการ ตนเองด้านการ บริโภคอาหาร</p> <p>- กระตุ้นให้ ผู้ป่วยตอบ คำถามและร่วม อภิปราย</p> <p>- ประเมินความ เข้าใจของผู้ป่วย โดยการถาม ย้อนกลับ</p>	<p>- ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้</p> <p>- ตอบคำถาม/ ร่วมอภิปราย</p> <p>- สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม</p>	<p>- ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้</p> <p>- ร่วมอภิปราย</p> <p>- สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม</p>

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
ผลกระทบ จากโรคไต วายเรื้อรัง และการรักษา ด้วยการล้าง ไตทางช่อง ท้อง แบบต่อเนื่อง ต่อภาวะ โภชนาการ	1. เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความ เข้าใจและ ตระหนักใน ความสำคัญ ของปัญหาทาง โภชนาการที่ เกิดจากโรคไต วายเรื้อรังและ การรักษาด้วย การล้างไตทาง ช่องท้อง แบบต่อเนื่อง	<p>การรับประทานอาหารที่ถูกต้องจะส่งผลให้คุณ ลุง/ป้ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และช่วยป้องกันปัญหาทางโภชนาการได้ ก่อนเข้าสู่เนื้อหาผู้วิจัยใช้คำถาม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณลุง/ป้าทราบหรือไม่ว่า โรคไตวายเรื้อรัง และ การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการอย่างไรบ้าง <p>หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ความรู้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรัง > ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังจะมีอัตราการกรอง ของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง จนหน้าที่การทำงานของ ไตเสื่อมไปเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติ ของกระบวนการเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ใน ร่างกายที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ทำให้เกิด ความผิดปกติในการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth 	<ul style="list-style-type: none"> - สื่อนำเสนอ ภาพนิ่ง (power point) - บรรยาย/ อภิปราย - 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบาย ผลกระทบจาก โรคไตวาย เรื้อรังและการ รักษาด้วยการ ล้างไตทางช่อง ท้อง แบบต่อเนื่อง ต่อภาวะ โภชนาการ - กระตุ้นให้ ตอบคำถาม/ ร่วมอภิปราย 	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้ - ตอบคำถาม/ ร่วมอภิปราย - สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม 	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้ - ร่วมอภิปราย - สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
		hormone) และการเผาผลาญไตรกลีเซอไรด์				
		เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง รวมทั้งทำให้ เบื่ออาหาร ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผา ผลาญโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน - ผลกระทบจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่อง ท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ 1) มีการสูญเสียโปรตีน 5-15 กรัมต่อวัน และสูญเสียวิตามินไปกับน้ำยา ล้างไต 2) กลูโคสในน้ำยาล้างไตถูกดูดซึมเข้าสู่ ร่างกายทำให้ไม่รู้สึกลึกหิว และทำให้ได้รับพลังงาน มากเกินไปจนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมี ภาวะดื้ออินซูลิน 4) ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ใน ช่องท้องทำให้รู้สึกอึดอัด แน่นท้องจึงรับประทาน อาหารได้ไม่มาก -หลังจบเนื้อหาผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของ ผู้ป่วย		-ประเมิน ความรู้ ความ เข้าใจของ ผู้ป่วยโดยการ ถามย้อนกลับ และเปิด โอกาสให้ สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม จนเกิดความ เข้าใจ		

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
หลักการ บริโภค อาหารใน ผู้ป่วยสูงอายุ โรคไตวาย เรื้อรังที่รักษา ด้วยการล้าง ไตทางช่อง ท้อง แบบต่อเนื่อง	1. เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับ หลักการ บริโภคอาหาร ในผู้ป่วยสูงอายุที่ รักษาด้วยการ ล้างไตทางช่อง ท้อง แบบต่อเนื่อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วย ใช้เป็นข้อมูล มาตรฐานใน การประเมิน ตนเอง	การที่คนสูง/ป้าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม บริโภคอาหารได้ถูกต้องและสามารถกำหนดป้า หมายได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการรับประทานที่ถูกต้องเป็น พื้นฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้คำถาม ดังนี้ -คนสูง/ป้าทราบหรือไม่ว่า หลักการรับประทาน อาหารที่ถูกต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง -หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม โดยครอบคลุมปริมาณและความถี่ในการบริโภค อาหาร 6 ประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน และน้ำดังนี้ - หมวดยโปรตีน พบได้ทั้งในสัตว์และในพืช แต่ มากในเนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ ไข่และนม ซึ่งผู้ป่วย ควรรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพิ่มขึ้น จากก่อนการบำบัด ควรได้รับโปรตีน 1.2-1.3	-สื่อนำเสนอ ภาพนิ่ง (power point) - บรรยาย/ อภิปราย - 10 นาที	-อธิบาย เกี่ยวกับ หลักการ บริโภคอาหาร - กระตุ้นให้ ผู้ป่วยตอบ คำถามและ ร่วมอภิปราย	- ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้ - ตอบคำถาม/ ร่วมอภิปราย - สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม	- ตั้งใจฟังการ ให้ความรู้ - ร่วมอภิปราย - สอบถามข้อ สงสัยเพิ่มเติม

		กรัมต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน 1 กิโลกรัมต่อวัน				
หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
		<p>หรือประมาณร้อยละ 60 ซึ่งควรรับประทาน เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อวัว หมู ไก่ ปลา อย่างน้อย 4 ซ้อน โตะต่อมือ ควรเลือกเนื้อปลา และไข่ขาวเพราะเป็นโปรตีนคุณภาพดี โดยควรรับประทานไข่ขาว 1 ฟองต่อวัน และควรเลือกคัมนมชนิดพร่องมันเนยไม่เกิน 240 มิลลิลิตรต่อวัน ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยง โปรตีนที่มีไขมันอิ่มตัวหรือมีฟอสเฟตสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ไข่ปลา เอ็นสัตว์ต่างๆ และถั่วเมล็ดแข็ง</p> <p>-หมวดคาร์โบไฮเดรต ควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นน้อยกว่าชนิดอื่นๆ เช่น ข้าวเจ้าควรรับประทานอย่างน้อยมื้อละ 2-3 ทัพพี วนเส้น เส้นหมี่ เส้นก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เผือก มันควรเลือกข้าวเจ้าและผลิตภัณฑ์ที่ทำจากข้าวเจ้า หลีกเลี่ยงข้าวกล้อง</p>		<p>-ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการถามย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม จนเกิดความเข้าใจ</p>		

		ข้าวซ้อมมือ				
หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ปวย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
		<p>และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากแป้งสาลี เช่น บะหมี่ ข้าวโอ๊ต หนีสั่ว เพราะมีฟอสฟอรัสสูง</p> <p>-หมวดไขมันควรรับประทานกลุ่มไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดทานตะวัน ซึ่งควรใช้ประกอบอาหารไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวซึ่งพบมากในไขมันสัตว์และในพืชบางชนิด เช่น กะทิ เนย นม เนื่อมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนยเทียม เป็นต้น</p> <p>-หมวดเกลือแร่ ได้แก่ โซเดียม ผู้ป่วยต้องจำกัดโซเดียมเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยควรได้รับ 2,000-3,000 มก.ต่อวัน ท่านสามารถเติมน้ำปลาซีอิ๊วขาว หรือซอสปรุงรสในอาหารที่รับประทานได้น้อยกว่า 2 ช้อนชาต่อวัน และควรงดการปรุงรสอาหารด้วยเกลือเทียม ผงชูรส ซอสหอยนางรม</p>				

		เต้าเจี้ยว หรือซุบก้อน				
หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ปวย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
		<p>แต่ควรปรุงรสอาหารด้วยพริก พริกไทย มะนาว ใบมะกรูด ตะไคร้ แทนผงชูรส รวมทั้งงดอาหารประเภทหมูแผ่น หมูหยอง กุ้งแห้ง เนื้อหมูเค็ม ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง เพราะมีโซเดียมปริมาณสูง</p> <p>-วิตามิน วิตามินพบมากในผักและผลไม้ ซึ่งผักและผลไม้ที่รับประทานได้ต้องมีระดับโพแตสเซียมต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ แดงกวา แดงร้าน มะระ ฟักเขียว แอปเปิ้ล ส้ม ส้มโอ ชมพู เป็นต้น</p> <p>แต่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทาน เห็ด หัวปลี ผักบุง ผักกาดขาว กล้วยหอม มะม่วงสุก เพราะมีโพแตสเซียมสูง</p> <p>-น้ำ ควรดื่มน้ำฝน น้ำประปา หรือน้ำกรอง 1,500 – 2,000 ซีซีต่อวัน หลีกเลี่ยงน้ำแร่ น้ำผลไม้ หรือน้ำบาดาล</p>				

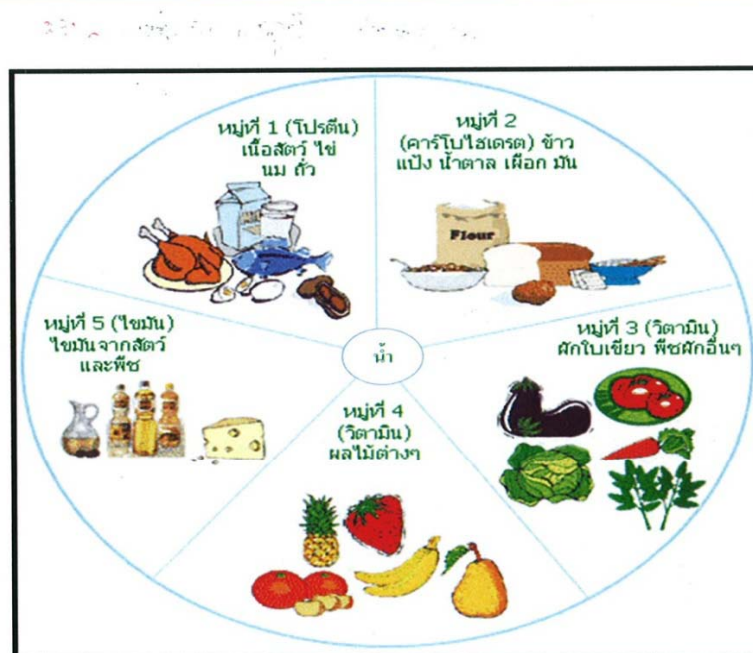
หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางและสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ</p>	<p>หลังจากคุณลุง/ป้าได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารทั้ง 6 ประเภทแล้ว พอจะยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนปฏิบัติที่ต้องการได้หรือไม่คะ</p> <p>- หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย ดังนี้</p> <p>1) หมวดโปรตีน เช่น รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อวัว หมู ไก่ ปลา อย่างน้อย 9 ช้อนโต๊ะ ต่อวันฉันจะรับประทานไข่ขาวแทนไข่แดง 1 ฟอง ต่อวัน เป็นต้น</p> <p>2) หมวดคาร์โบไฮเดรต เช่น รับประทานข้าวเจ้า อย่างน้อยมื้อละ 2-3 ทัพพีฉันจะงดข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวเจ้าทุกมื้อ</p> <p>3) หมวดไขมัน เช่น รับประทานอาหารประเภทต้ม ลวก นึ่ง แทนอาหารประเภททอดทุกมื้อ ฉันจะ</p>	<p>- สื่อนำเสนอ ภาพนิ่ง (power point)</p> <p>- บรรยาย/อภิปราย</p> <p>- 10 นาที</p>	<p>- อธิบายเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหาร</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบคำถามและร่วมอภิปราย</p> <p>- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการให้ยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย และ</p>	<p>- ตั้งใจฟังการให้ความรู้</p> <p>- ตอบคำถาม/ร่วมอภิปราย</p> <p>- สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p>	<p>- ตั้งใจฟังการให้ความรู้</p> <p>- ร่วมอภิปราย</p> <p>- สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p>

	ได้ด้วยตนเอง	งดการใช้น้ำมันหมูในการปรุงอาหารทุกมื้อ เป็นต้น		การวางแผน		
หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการสอน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ ผู้ดูแล
		<p>4) หมวคเกลือแร่ เช่น งดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือซุ้ปก่อนทุกมื้อ ฉันท้จะปรุงรสอาหารด้วยพริก พริกไทย มะนาว ใบมะกรูด ตะไคร้ แทนผงชูรส เป็นต้น</p> <p>5) หมวควิตามิน เช่น งดการรับประทานผักสด เช่น หัวปลี ผักบู่ ผักกาดขาว ร่วมกับมื้ออาหารปกติ ฉันท้จะงดการรับประทานผลไม้ เช่น กล้วยหอม มะม่วงสุก มื้อละ 2-3 ผล เป็นต้น</p> <p>6) น้ำดื่ม น้ำฝน น้ำประปา หรือน้ำกรอง 1,500 - 2,000 ซีซีต่อวัน เป็นต้น</p> <p>หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และให้ข้อมูลจนเกิดความเข้าใจ แล้วจึงกล่าวสรุปบทเรียน และดำเนินการตามโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในขั้นต่อไป</p>		สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเกิดความเข้าใจ		

--	--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร
สำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



ศิริลักษณ์ น้อยปาน

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างข้อมูลการบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 1 เป้าหมายของฉันท <i>ควบคุมอาหารเค็ม</i>	วันที่ (วัน เดือน ปี)							ระดับความมั่นใจ				
	1	2	3	4	5	6	7	0 ไม่มั่นใจ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มั่นใจปานกลาง	10 มั่นใจมาก		
แผนการปฏิบัติของฉันท 1. <i>กินโปรตีนไม่เกิน 2 กรัม</i>	<i>9/1/56</i>	<i>10/1/56</i>	<i>11/1/56</i>	<i>12/1/56</i>	<i>13/1/56</i>	<i>14/1/56</i>	<i>15/1/56</i>	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย <input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="checkbox"/> สำเร็จบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ				
2.....								ปัญหา/อุปสรรค <i>ลืมกิน</i>				
3.....								การแก้ไขปัญห <i>กินโปรตีน</i>				
4.....								กิจกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ <i>บอกเรื่อง</i>				

สัปดาห์ที่ 1

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างข้อมูลการบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 เป้าหมายของฉันท <i>ตามจุดประสงค์ในวิชา</i>	วันที่ (วัน เดือน ปี)							ระดับความมั่นใจ			
	1	2	3	4	5	6	7	0 ไม่มั่นใจ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มั่นใจปานกลาง	10 มั่นใจมาก	
1. <u>แผนการปฏิบัติของฉันท</u> <i>ล้างไตทางช่องท้อง: 3 ครั้ง/วัน</i>	<i>15/1/56</i>	<i>16/1/56</i>	<i>17/1/56</i>	<i>18/1/56</i>	<i>19/1/56</i>	<i>20/1/56</i>	<i>21/1/56</i>	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย <input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="checkbox"/> สำเร็จบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ			
2.								ปัญหาอุปสรรค <i>การดูแลไม่ต่อเนื่อง</i> <i>ไม่สะดวกในกิจวัตร</i>			
3.								การแก้ไขปัญหา <i>ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน</i> <i>ปรับเวลา</i>			
4.								กิจกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ <i>ครอบครัวช่วยจัดอาหาร</i> <i>และดูแลคนป่วย</i>			

สัปดาห์ที่ 2

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างข้อมูลการบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 เป้าหมายของฉัน <i>ควบคุมการกินให้ปกติ</i>	วันที่ (วัน เดือน ปี)							ระดับความมั่นใจ
	1	2	3	4	5	6	7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มั่นใจ มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก
แผนการปฏิบัติของฉัน 1. <i>กินให้ปกติ งดของหวาน</i>	23/1/56	24/1/56	25/1/56	26/1/56	27/1/56	28/1/56	29/1/56	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย <input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="checkbox"/> สำเร็จบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
2.....								ปัญหา/อุปสรรค <i>งดของหวาน</i>
3.....								การแก้ไขปัญหา <i>งดของหวาน</i>
4.....								กิจกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ <i>งดของหวาน</i>

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างข้อมูลการบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 เป้าหมายของฉัน <i>ลดผลกรรสารโพแทสเซียม</i>	วันที่ (วัน เดือน ปี)							ระดับความมั่นใจ		
	1	2	3	4	5	6	7	0 ไม่มั่นใจ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 มั่นใจปานกลาง	10 มั่นใจมาก
แผนการปฏิบัติของฉัน 1. <i>ล้างโพแทสเซียม 4-5 ครั้ง/สัปดาห์</i>	<i>8/1/56</i>	<i>9/1/56</i>	<i>1/2/56</i>	<i>2/2/56</i>	<i>3/2/56</i>	<i>4/2/56</i>	<i>5/2/56</i>	ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย <input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จทั้งหมด <input type="checkbox"/> สำเร็จบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ		
2.								ปัญหา/อุปสรรค <i>ไม่มี</i>		
3.								การแก้ไขปัญหาคือ		
4.								กิจกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ <i>สอนล้างไตทางช่องท้อง</i>		

สัปดาห์ที่ 4 ส่วนที่ 4 ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่
รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับ
ผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



จัดทำโดย

ศิริลักษณ์ น้อยปาน

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตัวอย่างเนื้อหาคู่มือการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

หลักการกินอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

หมวดอาหารที่สำคัญสำหรับท่าน และควรเลือกกินให้ถูกต้องเหมาะสมทั้งปริมาณ และความถี่ ประกอบด้วย 6 ประเภท ดังนี้

1. โปรตีน (เนื้อ นม ไข่)

โปรตีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของกล้ามเนื้อต่างๆในร่างกาย ท่านจึงต้องกินอาหารพวกโปรตีนให้เพียงพอ โดยต้องกินเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนบำบัดด้วยการล้างไต เนื่องจากมีการสูญเสียโปรตีนบางส่วนออกไปกับน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกจากช่องท้อง

โปรตีนมีในอาหารพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู วัว เป็ด ไก่ กุ้ง หอย ปลา และไข่ โดยแนะนำให้ท่านกินพวกเนื้อปลา และไข่ขาวเพราะเป็นโปรตีนคุณภาพดี ง่าย และย่อยง่ายซึ่งใน 1 มื้อท่านควรกินเนื้อสัตว์ได้ประมาณ 2 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) พู่นๆ และกินเฉพาะไข่ขาวมีดละ 2 ฟองหรืออย่างน้อยวันละ 4-6 ฟอง โดยตัวอย่างปริมาณอาหารโปรตีนที่ท่านควรกินต่อ 1 มื้อ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารโปรตีน (เนื้อ นม ไข่) ที่ท่านควรกินต่อ 1 มื้อ

อาหารโปรตีน	ปริมาณที่กินได้ต่อ 1 มื้อ	ตัวอย่างอาหาร	หมายเหตุ
เนื้อหมู/วัว/ไก่ (ไม่ติดมันและไม่ไข่น้ำ)	2 ช้อนกินข้าว		ท่านสามารถปรับ 2 รายการเข้าด้วยกันโดยกินอย่างละครึ่ง หรือกระทั่ง 3-4 รายการ แต่ให้ลดสัดส่วนลงในแต่ละอย่างรวมๆแล้วเท่ากับ 1 รายการ ประจุเป็นอาหารตามต้องการ
เนื้อหมู/ไก่/ปลาสดหรือนึ่ง	2 ช้อนกินข้าว		
ปลาทู/ปลาแดง (เฉพาะเนื้อ)	1 ตัวเล็ก		
ปลาคुक/ปลาช่อน	3 แว่น		

ส่วนที่ 5 ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point)

การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



หลักการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทาง
ช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ประกอบด้วยอาหาร 6 ประเภท ได้แก่

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. โปรตีน | 4. เกลือแร่ |
| 2. คาร์โบไฮเดรต | 5. วิตามิน |
| 3. ไขมัน | 6. น้ำ |

1. โปรตีน (เนื้อ นม ไข่)



อาหารโปรตีนที่ท่านควรบริโภค

- ✓ เนื้อสัตว์สดไม่ติดมันอย่างน้อย 2 ช้อนกินข้าวต่อ 1 มื้อ
- ✓ ไข่ขาว 4-6 ฟองต่อวัน
- ✓ นมสดพร่องมันเนย ไม่เกิน 1 กล่องต่อวัน



2. คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล)



อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ท่านควรบริโภค

- ✓ ข้าวสวย ถ้าไม่มีให้รับประทานวันเส่น้ำ-แห้ง
- ✓ ถ้าไม่มีให้รับประทานวันเส่น้ำ-แห้ง ผัดไทยวันเส่น้ำ ก๋วยเตี๋ยวเชิงง้อน้ำ-แห้ง
- ✓ กรณีรับประทานได้น้อย ให้รับประทานน้ำตาลในรูปแบบของขนมหวาน น้ำหวาน

(ระวังในผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วย)

ภาคผนวก จ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติประกอบด้วย ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม และคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม

ตาราง จ 1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวม	n	M	SD	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25	78.80	5.77	.494	.97
กลุ่มควบคุม	25	74.76	4.67	.824	.50
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25	86.40	4.56	1.362	.04
กลุ่มควบคุม	25	76.88	5.29	.630	.82

จาก ตาราง จ 1 จะเห็นได้ว่าผลการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมในกลุ่มทดลองจากตารางผลลัพธ์ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test มีค่า p-value เท่ากับ .97 และ .04 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่า p-value เท่ากับ .50 และ .82 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีค่า Sig > .05 หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ยกเว้นข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองในช่วงหลังการทดลองที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .05$) โดยพบว่ากราฟมีลักษณะเบ้ซ้าย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนตั้งแต่ 80

คะแนนขึ้นไป และมีคนได้ 70 คะแนนเพียง 1 คน จึงไม่มีการกระจายของคะแนนในช่วงระหว่าง 70-80 คะแนน ทำให้ไม่เป็นโค้งปกติ อีกทั้งเป็นการประเมินผลทันทีหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนสูงเป็นส่วนใหญ่

ตาราง จ 2

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร โดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene test*

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยรวม	Levene Statistic	df1	df2	p-value
ก่อนการทดลอง	0.21	1	48	.64
หลังการทดลอง	1.18	1	48	.28

จากตาราง จ 2 จะเห็นได้ว่าผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่า *p-value* เท่ากับ .64 และ .28 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า *p-value* > .05 หมายความว่าความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน

ตาราง จ 3

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รายด้าน	n	M	SD	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	p-value
การบริโภคโปรตีน					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		12.88	1.76	1.03	.23
หลังทดลอง		16.20	1.97	1.28	.07
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		13.36	2.05	.95	.32
หลังทดลอง		12.92	2.06	.82	.50
การบริโภคคาร์โบไฮเดรต					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		12.04	2.11	.62	.83
หลังทดลอง		13.00	1.58	.70	.71
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		11.56	1.60	.83	.48
หลังทดลอง		12.40	1.97	.69	.71
การบริโภคไขมัน					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		13.00	2.06	1.23	1.03
หลังทดลอง		14.08	1.91	.09	.23
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		12.52	1.82	.81	1.16
หลังทดลอง		12.40	1.95	.51	.13

ตาราง จ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร รายด้าน	n	M	SD	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	<i>p</i> -value
การบริโภคเกลือแร่					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		21.24	1.89	1.07	1.10
หลังทดลอง		22.28	1.37	.19	.17
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		20.00	2.48	.54	.92
หลังทดลอง		20.76	1.50	.81	.51
การบริโภควิตามิน					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		8.16	1.70	1.04	1.29
หลังทดลอง		9.56	1.44	.22	.06
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		7.60	1.44	1.24	.09
หลังทดลอง		8.36	.90	1.19	.11
การดื่มน้ำ					
กลุ่มทดลอง	25				
ก่อนทดลอง		10.16	2.15	1.21	1.96
หลังทดลอง		11.28	1.27	.10	.01*
กลุ่มควบคุม	25				
ก่อนทดลอง		9.72	1.90	1.16	.13
หลังทดลอง		10.04	1.51	1.17	.12

หมายเหตุ * $p < .01$

จากตาราง จ 3 จะเห็นได้ว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีค่า p -value $> .05$ หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ยกเว้นข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรดื่มน้ำของกลุ่มทดลองในช่วงหลังการทดลองที่มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .01$)

ตาราง จ 4

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene test*

พฤติกรรมการบริโภค อาหารรายด้าน	Levene Statistic	df1	df2	p-value
การบริโภคโปรตีน				
ก่อนการทดลอง	.13	1	48	.71
หลังการทดลอง	.00	1	48	.97
การบริโภคคาร์โบไฮเดรต				
ก่อนการทดลอง	1.27	1	48	.26
หลังการทดลอง	1.10	1	48	.29
การบริโภคไขมัน				
ก่อนการทดลอง	.67	1	48	.41
หลังการทดลอง	.43	1	48	.51
การบริโภคเกลือแร่				
ก่อนการทดลอง	1.89	1	48	.17
หลังการทดลอง	.16	1	48	.69
การบริโภควิตามิน				
ก่อนการทดลอง	1.36	1	48	.24
หลังการทดลอง	3.12	1	48	.08
การดื่มน้ำ				
ก่อนการทดลอง	.48	1	48	.48
หลังการทดลอง	1.39	1	48	.24

จากตาราง จ 4 จะเห็นได้ว่าผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งพิจารณาจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่าข้อมูลทั้งหมดมีค่า $p\text{-value} > .05$ หมายความว่าความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ฉ

จำนวน ร้อยละของกลุ่มทดลองที่ตอบถูกในแต่ละข้อคำถามของแบบประเมินความรู้ก่อนการทดลองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (n=25)

คำถาม	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
โปรตีน (เนื้อ นม ไข่)		
1. ท่านควรรับประทานอาหารโปรตีน (เนื้อ นม ไข่) เพิ่มขึ้นกว่าระยะที่ยังไม่ได้บำบัดด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	21	84
2. ท่านควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อย่างน้อย 2 ซ้อนกินข้าว (ซ็อน โต้ะ) ต่อ 1 มื้อ	22	88
3. ท่านสามารถดื่มนมพร่องมันเนยได้ไม่เกิน 1 ถ้วย (240 ซีซี) ต่อวัน	20	80
4. ท่านควรรับประทานเฉพาะไข่แดง 4-6 ฟองต่อวัน	25	100
คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล)		
5. ท่านควรรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวเจ้า 3 มื้อต่อวัน	10	40
6. ท่านสามารถรับประทานขนมปัง วุ้นเส้น ก๋วยเตี๋ยวแทนการรับประทานข้าวสวยได้	20	80
7. ท่านควรงดการรับประทานขนมหวานที่ทำจากกะทิ ไข่แดง และถั่วต่างๆ	24	96
ไขมัน		
8. ท่านควรรับประทานอาหารประเภทต้ม ลวก นึ่ง อบ ยำแทนอาหารประเภททอด	25	100
9. ท่านควรรับประทานหมูทอด หมูสามชั้น ไข่ปลา ปลาหมึก และเครื่องในสัตว์	20	80
เกลือแร่		
10. ท่านควรปรุงอาหารด้วยซूपก้อน ซีอิ๊ว ซอสหอยนางรม หรือเต้าเจี้ยว	20	80

ตาราง ถ (ต่อ)

คำถาม	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
เกลือแร่ (ต่อ)		
11. ท่านไม่ควรเติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วขณะรับประทานอาหาร	24	96
วิตามิน		
12. ท่านควรรับประทานผัก เช่น หัวปลี ผักบุ้ง ฟักทอง คะน้า ผักกาดขาว ข้าวโพด	7	28
13. ท่านควรรับประทานผลไม้ เช่น กล้วยหอม มะม่วงสุก ขนุน ทุเรียน	23	92
น้ำ		
14. ท่านควรดื่มน้ำแร่แทนการดื่มน้ำดื่มสุก หรือน้ำกรอง	17	68
15. ท่านควรงดการดื่มน้ำผลไม้ น้ำชา หรือ กาแฟ	24	96

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสุกร บุญปวนิช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง
แบบต่อเนื่อง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวศิริลักษณ์ น้อยปาน

รหัสประจำตัวนักศึกษา 541042009

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2549

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
จังหวัดสงขลา