



The Effect of Promoting a Nutritional Self-Management Program
on Persons Receiving Hemodialysis*
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ
ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*

จิราภรณ์	เพียรประสิทธิ์**	Jiraporn	Peanprasit**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Phornphibul***
ประทุม	สร้อยวงศ์****	Pratum	Soivong****

Abstract

End Stage Renal Disease (ESRD) is the last stage of chronic kidney disease. Many people live long lives while having hemodialysis. However, many of these patients have malnutrition. Therefore, they should be encouraged to manage their nutritional status on their own. This one-group, before-and-after study design aimed to evaluate the effect of promoting nutritional self-management on the nutritional status of persons undergoing hemodialysis. A purposive sample consisted of 26 participants with ESRD receiving hemodialysis treatment at a community hospital in Chonburi province. All participants were promoted to learn and manage their nutritional status within 12 weeks, under a self-management plan developed by the researcher. The instruments for data collection consisted of a demographic data record form and the Nutrition Status Record Form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon-signed rank test.

The results revealed that:

1. After participating in the self-management promotion program, the subjects had statistically significantly higher median serum albumin levels than before participating in the program ($p < .05$).
2. After participating in the self-management promotion program, the median weight of the subjects was not different from before participating in the program.
3. After participating in the self-management promotion program, the subjects had a median body mass index that was not different from before participating in the program.

The findings of this study demonstrate that promoting nutritional status under a self-management program can improve serum albumin in persons receiving hemodialysis. The intervention cannot improve body weight or body mass index. A new study design, such as a randomized control trial or a two-group, before-and-after design with a larger sample size is recommended for further study.

Keywords: Promoting nutritional self-management program; Serum albumin; Body weight; Body mass index; Persons receiving hemodialysis

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult Nursing, Chiang Mai University; e-mail: jirapornfon24@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 23 July 2018; Revised 3 September 2018; Accepted 24 September 2018



บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะสิ้นสุดของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการด้วยตนเอง การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อภาวะโภชนาการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 26 ราย เป็นผู้ที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกภาวะโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon-signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมภาวะโภชนาการภายใต้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้มีอัลบูมินในเลือดดีขึ้นในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิธีการดังกล่าวไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง หรือใช้การศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ อัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: jirapornfon24@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงานอย่างถาวร ความสามารถในการขจัดของเสียลดลง และมีอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate: GFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. (American Kidney Foundation [AKF], 2015) ในปี พ.ศ. 2556-2559 ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 806.01, 813.95, 993.89 และ 1,092.81 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (Strategy and Planning Division Office of Permanent Secretary, 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้เสียชีวิตตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2013 – 2015 สูงถึง 136.6 ราย ต่อพันประชากร (United States Renal Data System [USRDS], 2017)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และลดอัตราการเสียชีวิต (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD], 2006) และต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต (Pungchompoo, 2014) โดยการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะช่วยรักษาชีวิตและลดผลกระทบรุนแรงที่จะตามมาได้ แต่การรักษาเป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการจากการสูญเสียกรดอะมิโนไปกับการฟอกเลือดประมาณ 6–12 กรัม และโปรตีน 7-8 กรัม ระหว่างการฟอกไตแต่ละครั้งส่งผลให้มีการสลายโปรตีนหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอ (Salame, Eaton, Grimble, & Davenport, 2018)

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่สมดุล ไม่เพียงพอ หรือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (Jahromi, Hosseini, Meysamie, & Sadrzadeh, 2010) เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานและถาวร และเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (Chidyane, 2011) พบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถึงร้อยละ 76 (Green, 2009) และมีระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ร้อยละ 27.3 (Naini, Karbalaie, Abedini, Askari, & Moeinzadeh, 2016) จากการศึกษาของ วิลสัน และคณะ (Wilson et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดนานกว่า 3 เดือน มีอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดสารอาหารประเภทโปรตีนถึงร้อยละ 10-60 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 30-50 (Akpele & Bailey, 2004) นอกจากนี้ความชุกของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 18-75 ขึ้นกับวิธีการวินิจฉัยและการประเมิน (The Nephrology society of Thailand, 2012) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ หรือผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมาร่วมกับการติดตามและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นกระบวนการที่จำเป็นในการจัดการด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการก่อนเริ่มต้นการฟอกเลือด และตรวจติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพราะความผิดปกติของภาวะโภชนาการมีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Chayaku, 2014) จากการศึกษาของ เดอ อราวาโจ และคณะ (de Araújo et al., 2006) พบว่าปัจจัยที่สามารถใช้ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน มีอายุมาก ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ และการลดลงของเส้นรอบวงแขน การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ คือ ปริมาณและชนิดของอาหาร น้ำหนักตัวที่ไม่มีภาวะบวม น้ำดัชนีมวลกาย และระดับอัลบูมินในเลือด โดยทำการประเมินทุก 3 เดือน เพื่อดูความผิดปกติและหาแนวทางในการแก้ไขจัดการ (Supasin, 2008; Chayaku, 2014) และจากการศึกษาพบว่าระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำและระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและความผิดปกติในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Bashardoust, Gavami, Maleki, Doustkani, & Habibzadeh, 2015)



ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยประเมินจากระดับของอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบการปฏิบัติที่เป็นเลิศทางคลินิกที่ช่วยในการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การจัดทำโปรแกรมให้ความรู้รายบุคคลผ่านพยาบาลโรคไตในเรื่องการจัดการสารน้ำและสารอาหาร และการกำกับติดตามตนเองของผู้ป่วย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรักษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะในเรื่องการจัดการสารอาหารที่ควรได้รับ และความตระหนักในการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน มีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายสัปดาห์ สอบถามเรื่องอาหารที่ได้รับ น้ำหนักตัวและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบเป็นต้น (The Joanna Briggs Institute, 2011) จากการศึกษาของ วณิชชา พิงชมภู (Pungchompoo, 2014) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีประสิทธิผลทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการสารน้ำ และการจัดการด้านอาหารหรือโภชนาการ และพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องมีการเรียนรู้ควบคุม และมีวิธีการจัดการตนเองในเรื่องของโภชนาการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากของเสียคั่ง และป้องกันภาวะทุพโภชนาการจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องในเรื่องโภชนาการ บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ (dietetic counseling) ตั้งแต่แรกเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Pungchompoo, 2015)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองถือเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลวิธีการจัดการที่มีพื้นฐานมาจากกระบวนการกำกับตนเอง (self-regulation process) ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบไปด้วย การกำกับติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาในรูปแบบของการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา และทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียม เป็นแนวทางช่วยเหลือส่งเสริมและแก้ไขปัญหาของภาวะโภชนาการ และผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง และค่าดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง



2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาเป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวของบุคคลเอง ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองกับภาวะโภชนาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและการวางแผน ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ประกอบด้วยวิธีการ 3 วิธี ดังนี้ คือ 1) การกำกับติดตามตนเอง เป็นการพิจารณาตรวจสอบพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในปัจจุบัน เพื่อประเมินปัญหาและการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด 2) การประเมินตนเอง เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง เป็นการเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการตามขั้นตอนดังกล่าว ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามประเมินตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านโภชนาการ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดี ซึ่งประเมินได้จากค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพณีสนิคม จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป และฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3) มีสติสัมปชัญญะดี รับรู้และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis กำหนดขนาดอิทธิพลในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้ค่ากลางเท่ากับ 0.50 กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูป power analysis (Burns & Groove, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 ราย และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และค่าอัลบูมินในเลือด โดยใช้เครื่องมือที่ใช้วัดมีการตรวจสอบคุณภาพเดือนละครั้ง และใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นคนประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. สมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการ
3. คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. แบบสำรวจพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ โดยให้ปรับเนื้อหาให้กระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่าผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านความเห็นชอบจากโรงพยาบาลพณีสนิคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ และความปลอดภัยของการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ได้ลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำเป็นรายบุคคล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพณีสนิคม และชี้แจงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทำกิจกรรม ประเมินปัญหาในด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาภาวะโภชนาการของตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการแก้ไขที่ต้องการ โดยเปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้เข้ามาฟังด้วย และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้

2. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจากเวชระเบียนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ลงในแบบบันทึกภาวะโภชนาการ โดยบันทึกค่า baseline ต่าง ๆ และเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในสมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านโภชนาการ โดยถามถึงประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างก่อน และเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับกระตุ้นให้เปรียบเทียบการจัดการตนเองด้านโภชนาการของตนเองกับข้อมูลมาตรฐาน ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติร่วมด้วย พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการ



2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับอธิบายและสาธิตวิธีการใช้สมุดบันทึกการติดตามตนเองด้านโภชนาการ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

3. อธิบายและสาธิตการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับฝึกทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเลือกจัดเมนูอาหารที่เหมาะสม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสม โดยใช้โมเดลเมนูอาหารและการเขียนเมนูอาหารในการจัดเมนูอาหาร

4. แจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการให้แก่กลุ่มตัวอย่างกลับไปใช้อ่านทบทวนที่บ้านพร้อมกับอธิบายและสาธิตการใช้คู่มือ ร่วมกับเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

1. การกำกับติดตามตนเอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกต และพิจารณาตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในปัจจุบัน และการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมตามที่ตนเองวางแผนไว้ เพื่อประเมินปัญหาและการรับรู้ของตนเอง ตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด และพิจารณาจากสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ร่วมกับการซักถาม

2. การประเมินตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองในการรับประทานอาหารและเมนูอาหารที่เลือกรับประทานจากข้อมูลที่จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึก นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3. การให้แรงเสริมตนเอง เป็นการเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือกระทำสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในสมุดบันทึก และผู้วิจัยกล่าวชมเชย

สัปดาห์ที่ 2 ถึง 8 (ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 1 ถึง 3) ร่วมกับการประเมินสมุดบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 9 ถึง 12 เป็นระยะติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลสมุดบันทึกทุกสัปดาห์พร้อมให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อดูความต่อเนื่องของพฤติกรรมด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 13 เป็นการประเมินผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกายจากเวชระเบียนประวัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมประเมินผล และให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาหาจำนวนและร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 เพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.61 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือหย่า/ม่าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 26.92 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 61.54 และ 42.31 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.61 รองลงมาคือ 3 เดือนถึง 6 เดือน ร้อยละ 11.54 และ ความถี่ของการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ พบมีการฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 57.69 รองลงมาคือ ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 42.31



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย

ผลการวิจัย พบว่า ค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับน้ำหนักตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง 60.82 กิโลกรัม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 60.83 กิโลกรัม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนดัชนีมวลกาย ผลการวิจัย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.17 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 23.21 และผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ($n = 26$)

ตัวแปรตาม	มัธยฐาน (Median)	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile rank)	Z	p- value
ค่าอัลบูมิน				
ก่อน	3.40	0.7	-2.46	0.14*
หลัง	3.80	0.7		
ค่าน้ำหนักตัว				
ก่อน	60.82	15.38	-0.25	0.79 ^{ns}
หลัง	60.83	15.39		
ค่าดัชนีมวลกาย				
ก่อน	23.17	4.04	-0.47	0.64 ^{ns}
หลัง	23.21	4.07		

ns = non-significant, * $p < .05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างจัดการตนเองด้านโภชนาการ และส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือด 3.80 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัว และค่ามัธยฐานดัชนีมวลกาย

ประสิทธิผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขั้นตอนของการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ขั้นตอน คือ

1. การกำกับติดตามตนเอง เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้เกิดการสังเกต ติดตามพฤติกรรมของตนเองผ่านการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และต่อเนื่อง ร่วมกับการบันทึกข้อมูลผ่านทางสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการส่งเสริมจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง และบุคลากรมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด (Stark et al., 2011) การสังเกตและการบันทึกข้อมูลของตนเองจะทำให้ทราบปัญหาของตนเอง เกิดการตระหนักรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Kanfer, 1980)

2. การประเมินตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการประเมินตนเองจากการนำข้อมูลเมนูอาหาร และการรับประทานของตนเองมาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ร่วมกับการใช้สื่อโมเดลอาหารและรูปภาพประกอบทำให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น สามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขั้นตอนนี้ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงพฤติกรรม และศักยภาพของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ สร้างความมั่นใจและความพร้อมในการจัดการตนเอง

3. การให้แรงเสริมตนเอง การให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเกี่ยวกับการให้รางวัล หรือสิ่งที่ต้องการเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้รางวัลตนเองเมื่อปฏิบัติได้ตามที่ตั้งไว้ ร่วมกับผู้วิจัยให้แรงเสริมด้วยการกล่าวคำชมเชย จากขั้นตอนนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการส่งเสริมการจัดการรายบุคคลที่เน้นแก้ปัญหาจากตัวบุคคลเป็นหลัก ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และทักษะในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับอัลบูมินในเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีน และภาวะโภชนาการด้านโปรตีนสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อติดตามผลภาวะโภชนาการด้านโปรตีนในสัปดาห์ที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัลบูมินในเลือด และอัตราการสลายโปรตีนมีค่าเพิ่มขึ้น (Rattanaruang, 2014) และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีระดับอัลบูมินในเลือดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Budda, 2011)

ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าโปรแกรมการนี้ไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากกระบวนการในการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง การกระตุ้นการรับประทานอาหาร รวมไปถึงระยะเวลาในการประเมินผลอีกด้วย และพบว่ามีข้อจำกัดของระยะเวลาของโปรแกรมที่อาจสั้นเกินไปที่จะส่งผลให้น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แล้วพบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน เพราะค่าดัชนีมวลกายต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Budda, 2011) และจากงานวิจัยในประเทศศรีลังกา ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 21 เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในช่วงปกติ และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Adikari, 2016)

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ดีขึ้น จากการที่มีความรู้และ



ตระหนักในการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงการดูแลจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับด้านโภชนาการ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความรู้ของอัลบูมินในเลือดที่สูงขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยอาศัยกระบวนการของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะระดับอัลบูมินในเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยอาศัยการส่งเสริมการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการตนเอง การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคล รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งโปรแกรมห่วงการมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านโภชนาการที่ดีขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้

1. ควรเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ในการฝึกฝนและพัฒนาทักษะในการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการก่อนนำไปใช้
2. ควรนำไปใช้กับระบบการบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานในลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้หรือการจัดการเป็นรายกรณี เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ใช้การศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้นานขึ้น
2. ควรเพิ่มเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด อัตราการสลายโปรตีน เป็นต้น และแสดงให้เห็นถึงกระบวนการในการจัดการเรื่องน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายในการศึกษาครั้งต่อไปให้ชัดเจนขึ้น

References

- Adikari, AMNT. (2016). Nutritional status of in patients with chronic kidney diseases in Sri Lanka. *Human Biology Review*, 5(3), 247-254.
- Akpele, L., & Bailey, J. L. (2004). Nutrition counseling impacts serum albumin levels 1. *Journal of Renal Nutrition*, 14(3), 143-148. doi: 10.1053/j.jrn.2004.04.003
- American Kidney Foundation. (2015). *Kidney failure (ESRD) causes, symptoms, & treatments*. Retrieved from <http://www.kidneyfund.org/kidney-disease/kidney-failure/>
- Bashardoust, B., Gavami, M., Maleki, N., Doustkami, H., & Habibzadeh, S. (2015). Mortality and nutritional status in patients undergoing hemodialysis. *Shiraz E-Medical Journal*, 16(2), e20076. doi: 10.17795/semj20076.



- Budda, S. (2011). *Effects of self-management programs on nutrition and nutritional status and eating behavior in patients receiving continuous peritoneal dialysis* (Unpublished master's thesis). Khon Kaen University, Thailand. (in Thai)
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Chayakul, C. (2014). *Hemodialysis clinical practice recommendation 2014: The nephrology society of Thailand*. Bangkok: Printing duentula. (in Thai)
- Chidyanee, S. (2011). *Nursing care of person with chronic kidney disease receiving hemodialysis*. Bangkok: Thanapress. (in Thai)
- de Araújo, I. C., Kamimura, M. A., Draibe, S. A., Canziani, M. E. F., Manfredi, S. R., Avesani, C. M., ... Cuppari, L. (2006). Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 16(1), 27-35. doi: 10.1053/j.jrn.2005.10.003
- Green, D. (2009). Malnutrition and chronic kidney disease. *Complete Nutrition*, 9(5), 21-22.
- Jahromi, S. R., Hosseini, S., Meysamie, A. P., & Sadrzadeh, H. (2010). Malnutrition predicting factors in hemodialysis patients. *Saudi Journal Kidney Disease and Transplantation*, 21, 846-851.
- Kanfer, F. H. (1980). Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (2nd ed.). New York: Pergamonpress.
- Kanfer, F. H., Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods* (4th ed.). New York: Pergamonpress.
- Naini, A. E., Karbalaie, A., Abedini, M., Askari, G., & Moeinzadeh, F. (2016). Comparison of malnutrition in hemodialysis and peritoneal dialysis patients and its relationship with echocardiographic findings. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21,78. doi: 10.4103/1735-1995.189695
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDKD]. (2006). *Treatment methods for kidney failure hemodialysis*. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/health-information healthtopics/kidneydisease/ hemodialysis/ Documents/hemodialysis_508.pdf
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Altimore: Lippincott.
- Pungchompoo, W. (2014). Situation of palliative care in Thai elderly patients with end stage renal disease. *Nursing Journal*, 41(4), 166-177. (in Thai)
- Pungchompoo, W. (2015). *Nursing care of person with chronic kidney disease receiving hemodialysis*. Chiang Mai: Chiang Mai University Press. (in Thai)
- Rattanaurang, R. (2014). *Effects of a food intake focused on protein promoting program in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)



- Salame C., Eaton, S., Grimble, G., & Davenport, A. (2018). Protein losses and urea nitrogen underestimate total nitrogen losses in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 28(5), 317–323. doi: 10.1053/j.jrn.2018.01.016
- Stark, S., Snetselaar, L., Hall, B., Stone, R. A., Kim, S., Piraino, B., ... Sevick, M. A. (2011). Nutritional intake in adult hemodialysis patients. *Topics in Clinical Nutrition*, 26(1), 45-56. doi: 10.1097/TIN.0b013e3181faba4c
- Strategy and Planning Division Office of Permanent Secretary. (2017). *Reported illness in 2016*. Bureau of policy and strategy, office of the permanent secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Supasin, U. (2008). Nutrition in chronic renal failure patients receiving dialysis. In *Textbook of hemodialysis and renal dialysis* Kidney Foundation of Thailand. Bangkok: Bangkok Medical Journal. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2011). Self-management of hemodialysis for end stage renal disease. *Best Practice*, 15(8), 1-3.
- The Nephrology Society of Thailand. (2012). *Thailand renal replacement therapy registry report 2013*. Retrieved from <http://nephrothai.org/trt/trt-l.asp> (in Thai)
- United States Renal Data System. (2017). *Annual data report 2017 epidemiology of kidney disease in the United States*. Retrieved from https://www.usrds.org/2017/download/2017_Volume_2_ESRD_in_the_US.pdf
- Wilson, B., Fernandez-Madrid, A., Hayes, A., Hermann, K., Smith, J., & Wassell, A. (2001). Comparison of the effects of two early intervention strategies on the health outcomes of malnourished hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 11(3), 166-171. doi: 10.1053/jren.2001.24364