

การปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ
การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ซีเอพีดี) ที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า
เกณฑ์ในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ

**Nutritional Adaptation among the End-stage Renal Failure Patients
Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) and
Albumin level in blood below normal range in Srisaket Hospital**

จินตนา กิ่งแก้ว,¹ นงเยาว์ มีเทียน,² พร้อมจิตร ห่อนบุญheim²

Jintana Kingkaew,¹ Nongyow Meethien,² Promjit Hornboonherm²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร(ซีเอพีดี) ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร ที่หน่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 46 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2557 ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการปรับตัวด้านโภชนาการตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านโภชนาการโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.7 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านโภชนาการรายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุดตามลำดับได้แก่ 1) ด้านความเชื่อและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานอาหาร ($\bar{x}=2.67, SD=0.47$) 2) ปัญหาด้านโภชนาการและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ($\bar{x}=2.58, SD=0.54$) 3) การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ($\bar{x}=2.26, SD=0.49$) 4) พฤติกรรมการกระทำเฉพาะด้านการรับประทานอาหารต่อปริมาณอาหารและพลังงานที่ควรได้รับ ($\bar{x}=2.13, SD=0.54$)

¹ นิสิตปริญญาโท, ² .อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

¹ Master degree student, Nursing science Program in Adult Nursing, ² Lecturer, Nursing Science Program in Mahasarakham, University, Thailand

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญด้านการประเมินการปรับตัวด้านโภชนาการทั้ง 4 ด้าน ส่งเสริมการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับตัวด้านการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนและด้านการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ทั้งนี้ควรส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การปรับตัว การปรับตัวด้านโภชนาการ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the Nutritional Adaptation among the End-stage Renal Failure Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) and Low Serum Albumin Level in Srisaket Hospital. The sample group consisted of 46 patients with CAPD receiving therapy more than 3 months at Srisaket Hospital in May to June 2014. The research tool include the demographic data and the Nutritional Adaptation questionnaire base on Roy Adaptation Model and tested for reliability using Conbach's alpha coefficient yielding of 0.71. Data analysis used descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The result of study

1. Overall Nutritional Adaptation score among the End-stage Renal Failure Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis therapy was at moderate level 71.7%

2. Nutritional Adaptation score among the End-stage Renal Failure Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis therapy in each aspect: The highest score was Believe and Sense of patients to take food ($\bar{x}=2.67, SD=0.47$), followed by Nutritional Problem ($\bar{x}=2.58, SD=0.54$), Prepare of food ($\bar{x}=2.26, SD=0.49$), and Behavior of take food ($\bar{x}=2.13, SD=0.54$) respectively.

The finding from this study suggests that 4 aspects of nutritional adaptation should be continuously maintained by healthcare providers, in the promoting of some aspects such as take protein food, Prepare of food and should be continuously support by family for promote the Nutritional Adaptation of patients.

Keywords: Adaptation, Nutritional Adaptation, End-stage Renal Failure Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมีมากกว่า 40 ล้านคนและพบว่าในทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า¹ อุบัติการณ์ของไตวายเรื้อรังพบสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆรวมทั้งประเทศไทย² รายงานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย³ รายงานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2553 พบจำนวนผู้ป่วย 639.3 รายต่อล้านประชากรต่อปีหรือจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 40,845 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 6 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543 ที่พบเพียง 99.40 รายต่อล้านประชากรต่อปี³ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) จะเกิดความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกายจากการที่มีของเสียคั่งในเลือดหรือภาวะยูรีเมีย (Uremia) การรักษาในระยะนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต สำหรับประเทศไทย วิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD:ซีเอพีดี) เป็นการรักษาที่ถูกกำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนในระบบประกันสุขภาพต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นอันดับแรก ซึ่งในปีพ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 6,829 ราย ซึ่งมากขึ้นกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 ที่พบเพียง 1,198 ราย^{4, 5}

วิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรเป็นการรักษาที่ใช้เยื่อช่องท้อง (peritoneal membrane) เป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนและขจัดของเสียออกจากร่างกายซึ่งเป็นอีกทางเลือกที่ดีเนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน⁶ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีจุดด้อยคือผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อและมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ⁴ การศึกษาในประเทศไทย

พบว่าผู้ป่วยได้รับอาหารโปรตีนน้อยกว่าที่กำหนดถึงร้อยละ 50 ทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงเนื่องจากยังไม่สามารถปรับตัวกับวิธีการรักษาได้โดยผู้ป่วยไม่สามารถเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้เพียงพอ⁴ และพบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรมานานกว่า 4 เดือน มีภาวะทุพโภชนาการถึง 46.6% โดยสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารโปรตีนได้ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด⁸

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ส่วนใหญ่มีปัญหา การปรับตัวเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา โดยพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย⁹ ภาวะแทรกซ้อนทางด้านโภชนาการสามารถพบได้ภายหลังได้รับการรักษาแล้วนาน 3 เดือนคือการสูญเสียโปรตีนออกมากับน้ำยาล้างช่องท้องทำให้เกิดปัญหาขาดโปรตีน^{9,10} จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ ศรีนวลแล¹¹ พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ทุกคนมีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งอาการที่พบบ่อยคือเบื่ออาหาร สูญเสียการรับรสอาหาร โดยจะมีอาการมากขึ้นเมื่อการดำเนินของโรคเลวร้ายลง¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย วันทา¹³ พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรรับประทานอาหารได้ในปริมาณน้อยแต่พอให้สามารถรับประทานอาหารหลังอาหารได้เท่านั้น ส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารตามแบบแผนเดิมที่อาจไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการสูงขึ้นถ้าไม่สามารถปรับตัวด้านโภชนาการได้^{7,14}

โรงพยาบาลศรีสะเกษมีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร เข้ารับการรักษามากและเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยในปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 173 คน โดยพบว่ามียุติบัตรผู้ป่วยในเฉลี่ยต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตรมากถึง 148 คน คิดเป็น 85% ของผู้ป่วยสะสมทั้งหมดและในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานานกว่า 3 เดือนและมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตรมากถึง 123 คนคิดเป็น 83% ของผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำทั้งหมด

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานานกว่า 3 เดือนและมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากเป้าหมายของการดูแลด้านโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยซีเอฟดี นั้นควรมีระดับอัลบูมินในเลือด >3.5 กรัมต่อเดซิลิตร¹ หากระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำลง จะทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นและมีผลต่ออัตราการอยู่รอดระยะยาวของผู้ป่วย⁴ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรม การปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ซึ่งผลการวิจัยนี้จะนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยให้เหมาะสมตลอดการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy Adaptation Model) มาเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย รอยเชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิต เป็นระบบเปิด ประกอบด้วยกาย จิตใจ และสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตลอดเวลา บุคคลจะมีกลไกการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบกับระบบบุคคล บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของระบบไว้ โดยใช้กลไกการปรับตัวที่ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) กลไกการปรับตัวทั้ง 2 กลไกจะทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งจะทำให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือด้านร่างกาย (Physical Mode) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept Mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function Mode) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence Mode) ซึ่งบุคคลจะตอบสนองต่อพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านเป็น 2 ลักษณะคือพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptation) และพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Maladaptation) ทั้งนี้พฤติกรรมตอบสนองด้านโภชนาการที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย^{9,15,16,17}

การปรับตัวด้านโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมตอบสนองด้านร่างกายของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ถือได้ว่าภาวะโรคและวิธีการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่เข้ามากระทบระบบของบุคคล สิ่งเร้าร่วม (Contextual

Stimuli) ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ ทรัพยากรหรือวัตถุดิบด้านอาหารและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลอื่น ส่วนสิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ค่านิยม ความชอบและวัฒนธรรมด้านการรับประทานอาหารในแต่ละบุคคล สำหรับการได้รับอิทธิพลทางสังคม (Social Influence) โดยเฉพาะจากครอบครัว (Family) ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับตัวของบุคคลในทุกๆด้านตามทฤษฎีของรอย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ประชากรคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและมี ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตรซึ่งมารับบริการที่หน่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาล ศรีสะเกษ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ดี ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร จำนวนประชากรเป็นร้อยละ ตัวอย่างควรเป็น 25% ของประชากร¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาเริ่มรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังรักษา ผู้ดูแล และแหล่งข้อมูลที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปรับตัวด้านโภชนาการซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวด้านโภชนาการของสุภาพ อิมอ้วน (2553) ที่สร้างจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการกระทำเฉพาะด้านการรับประทานอาหารต่อปริมาณอาหารและพลังงานที่ควรได้รับ 2) การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม 3) ปัญหาด้านโภชนาการและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร 4) ความเชื่อและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานอาหาร ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 17 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 17-85 คะแนน โดยแบ่งระดับการปรับตัวด้านโภชนาการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำหรือต่ำกว่า 50% (17-42 คะแนน) ระดับปานกลางหรือ 51-79% (43-67คะแนน) ระดับสูงหรือมากกว่า 80% (68-85 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการปรับตัวด้านโภชนาการ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 การตรวจสอบ

Table 1 : Overall Nutritional Adaptation Level

Domains	\bar{X}	SD	Level
1.Nutritional behavior domain	2.13	.54	Moderate
2.Nutritional prepare domain	2.26	.49	Moderate
3. Nutritional problem domain	2.58	.54	Moderate
4.Believe domain	2.67	.47	Moderate
Overall	2.41	.51	Moderate

2.2 การปรับตัวด้านโภชนาการรายด้าน และรายข้อ

2.2.1 ด้านพฤติกรรมการกระทำเฉพาะด้านการรับประทานอาหารต่อปริมาณอาหารและพลังงานที่ควรได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ การไม่รับประทานอาหารหมักดอง ขนมที่ทำจากน้ำตาล น้ำอัดลม น้ำหวานชนิดต่างๆ ($\bar{x}=4.36, SD=0.85$) และการรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ($\bar{x}=4.26, SD=1.27$) นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน ($\bar{x}=2.65, SD=1.43$) และรองลงมาคือการรับประทานผัก ($\bar{x}=2.91, SD=1.44$) ตามลำดับ

2.2.2 การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดตามลำดับได้แก่ การดัดแปลงอาหารให้มีสีสันทนารับประทาน ($\bar{x}=4.65, SD=0.56$) การใช้สมุนไพร เช่น หอม กระเทียม ข่า ตะไคร้ ใบผักชีในการปรุงอาหาร ($\bar{x}=4.52, SD=0.75$) และค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดได้แก่ การใช้เครื่องปรุงรสอาหาร เช่น ซอส หอย น้ำปลาร้า รสดี ผงชูรสในการปรุงอาหาร ($\bar{x}=1.82, SD=1.30$)

2.2.3 ปัญหาด้านโภชนาการและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดตามลำดับได้แก่ ไม่มีอาการปวดท้องหรือจุกท้องก่อนและหลังรับประทานอาหาร ($\bar{x}=4.50, SD=0.75$) ไม่มีอาการท้องผูก ($\bar{x}=4.20, SD=0.84$) มีอาการท้องอืดหรือแน่นท้องหลังรับประทานอาหารหรือเมื่อปล่อยน้ำยาเข้าไปในช่องท้อง ($\bar{x}=4.19, SD=0.93$) และค่าคะแนนต่ำสุดคือมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่อร่อย ($\bar{x}=3.13, SD=1.18$)

2.2.4 ความเชื่อและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานอาหาร

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดตามลำดับได้แก่ มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้เพียงพอจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ($\bar{x}=4.69, SD=0.46$) รองลงมาก็คือรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายไม่ยอมรับประทานอาหาร ($\bar{x}=4.13, SD=0.80$) และค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดได้แก่ มีความรู้สึกอยากอาหารและรู้สึกหิวเหมือนเดิม ($\bar{x}=3.43, SD=1.20$)

สรุปผลและวิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพยายามในการปรับตัวด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรคแต่ยังไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงาน รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.17) มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การปรับตัวด้านโภชนาการไม่มีประสิทธิภาพอย่าง

เต็มที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ ศรี นวลแล¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านคือ การรักษานานกว่า 1 ปี ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

นอกจากนั้นพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 26.1 มีการปรับตัวด้านโภชนาการได้ในระดับสูงนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีการพัฒนาอย่างมาก มีความรู้สึกรู้จักคิดเป็นของตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินชีวิตให้มีความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งการพัฒนาการทางสติปัญญาผู้ใหญ่จะมีความคิดเปิดกว้าง ยืดหยุ่นมากขึ้น และรู้จักจัดจาประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี⁵ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพควรวางแผนในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวให้สอดคล้องกับปัญหาของบุคคลเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงต่อไป

เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า 1) ด้านพฤติกรรมกรรมการกระทำเฉพาะด้านการรับประทานอาหารต่อปริมาณอาหารและพลังงานที่ควรได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุดคือการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปรับตัวด้านโภชนาการได้และไม่สามารถรับประทานอาหารโปรตีนได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการด้านโปรตีนจึงส่งผลให้ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย วันทา (2547)¹³ พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรรับประทานอาหารได้ในปริมาณน้อยแค่พอรับประทานยาหลังอาหารเท่านั้น ส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารตามแบบแผนเดิม และหากผู้ป่วยสูงอายุ และระดับอัลบูมินในเลือดต่ำร่วมด้วย พบว่าจะส่งผลให้อัตราการ

ตายเพิ่มขึ้น²⁰ ดังนั้นควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอต่อการสูญเสียไปจากการล้างไตในแต่ละวันซึ่งพยาบาลหรือทีมสุขภาพควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งการมีระดับอัลบูมินตามเป้าหมาย >3.5 กรัมต่อเดซิลิตร¹

2) ด้านการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สมุนไพร เช่น หอม กระเทียม ข่า ตะไคร้ ใบผักชีในการปรุงอาหารเพื่อให้อาหารรสชาติดี รับประทานอาหารได้มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวในการเตรียมอาหารให้กับตนเอง แต่ยังมีพฤติกรรมใช้เครื่องปรุงรสอาหาร เช่น ซอสหอย น้ำปลา ร้า รสดี ผงชูรสในการปรุงอาหาร พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงปรุงอาหารตามแบบแผนเดิม ซึ่งหากผู้ป่วยยังคงไม่สามารถปรับตัวด้านนี้ได้ อาจนำไปสู่ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง โดยจากการศึกษานี้พบภาวะน้ำเกินมากถึงร้อยละ 47.42 ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพโดยรวมได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรมีแนวทางให้ข้อมูลด้านการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อไป

3) ปัญหาด้านโภชนาการและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดท้องหรือจุกท้องก่อนและหลังรับประทานอาหารและไม่มีอาการท้องผูกเนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับยาระบายอยู่เสมอๆ ในการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลตามปกติแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่อร่อย ($\bar{x}=3.13, SD=1.18$) อธิบายได้ว่าขณะรับการรักษาผู้ป่วยซีเอฟดีมีการรับรสเปลี่ยนแปลงไป รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งสาเหตุร่วมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารโปรตีนและเกลือแร่อื่นๆ ได้²¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช สุวรรณเพชร⁶ ที่

พบว่าผู้ป่วยเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มป่วย เมื่อได้รับการรักษาแล้วบางคนดีขึ้น บางคนมีอาการคงที่ โดยเฉพาะอาการเบื่อไข่ขาว ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร ตลอดจนความรู้ ความเข้าใจด้านการดัดแปลงอาหารไข่ขาวเพื่อลดความจำเจของเมนูอาหารต่อไป

4) ด้านความเชื่อและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานอาหาร

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้เพียงพอจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ($\bar{x}=4.69, SD=0.46$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการปรับพฤติกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองแล้วก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา จุไรทัศนีย์และคณะ²³ พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา จะมีการดูแลตนเองที่ดีตามมาด้วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลหน่วยไตเทียมมีการวางแผนการพัฒนาช่องทางการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของผู้ป่วย เช่นการให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือกันของผู้ป่วย⁶ เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งคำแนะนำที่ถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย²⁴ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนหรือจัดโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยซีเอฟดีให้ดียิ่งขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประเมินและติดตามการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรทั้งโดยรวมและรายด้านเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งการปรับตัวด้านโภชนาการที่เหมาะสมตลอดการรักษา

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวด้านโภชนาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ เน้นให้สอดคล้องตรงตามปัญหาของแต่ละบุคคลและสนับสนุนการมีส่วนร่วมครอบครัว

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาและประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด จึงทำให้การทดลองใช้เครื่องมือได้เพียง 10 ราย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ในหน่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยซีเอฟดีที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและขอขอบคุณอาจารย์ณัฐภา ราชบุตรที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี ศิริวงศ์. CAPD in Thailand: Role and Experience of Srinagarind Hospital ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกரியง ตั้งสง่าและเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์ พรศิลป์ (บรรณาธิการ). กลไกพยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชันจำกัด; 2550. หน้า 337-369.
2. ชลธิป พงศ์สกุล. (2546). โรคไตเรื้อรังและการดูแลก่อนเริ่มล้างไต. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). การล้างไตในยุคพรบ. หลักประกันสุขภาพ. (21-31). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. รายงาน Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report (2553) [Online]. ได้จาก: <http://www.nepthai.org> [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2555].
4. ศุภชัย วุฒิอาชากุล. การล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: มืดเน็ทจำกัด; 2544.
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. รายงาน Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report (2550) [online]. ได้จาก: <http://www.nepthai.org> [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2555].
6. พรเพ็ญ แสงถวัลย์. Contemporary Concept of CAPD. ใน ทวี ศิริวงศ์ และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ). 2008 Optimal Care on CAPD in Thailand. ขอนแก่น; 2008.
7. ทวี ศิริวงศ์. โรคไตทางคลินิก. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. Al-Othman AM, Al-Naseeb AJ, Almajwal A.M, Al-Mummar MN, Alhumdan AA, Al-Saif MA, & Alorf SM. (in press). Association of malnutrition in peritoneal dialysis patients of Saudi Arabia. Arabian Journal of Chemistry. 2011.
9. สุจิตรา ลีมีอำนาจลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซีเอพีดี ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2544.
10. ยูวดี ธีระศิลป์. In-patient Out-Patient Monitoring of CAPD Nursing Aspect. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกரியง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (บรรณาธิการ). clinical dialysis. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2550. หน้า 1165-1180.
11. รุ่งทิพย์ ศรีนวลแล. การติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
12. Carrero JJ, Aguilera A, Stenvinkel P, Gil F, Selgas R, Lindholm B. Appetite Disorders in Uremia. Journal of Renal Nutrition 2008; 18(1):107-113.
13. อรทัย วันทา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

14. สุภาพ อิมอ้วน. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
15. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย: แนวคิดและการนำไปใช้. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.
16. Roy,C.S, Introduction to Nursing An Adaptation Model. Prentice-Hall Inc; Engle.wood Cliffs, New Jersey.1976
17. Roy,C.S&Andrews.H.A. Essentials of the Roy Adaptation Model. Prentice-Hall Inc; 1986.
18. ยูดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขาวลักษณะเลาหะจินดา ,วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุทวิวัฒน์และรุจิเรศ ฐนุรักษ์.วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
19. ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์.การส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2553; 21(2):68-72.
20. Hakemi SM, GGolbabaie M, Nassiri A, Kayedi M, Hosseini M, Atabak S....Najafi I. Predictor of Patient Survial in Contoinuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. Inranian Journal of Kidney Disease; 2010. 4(1), 44-48.
21. วลัย อินทร์ทรัพย์. คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. [Online].ได้จาก: <http://www.nepthothai.org> [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2555].
22. นงนุช สุวรรณเพชร. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
23. นันทิตา จูไรทัศนีย์และคณะ.ความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น.Rama Nursing Journal 2552; 15(2): 174-191.
24. ชนิดา ปโชติการ, สุนาฏ เตชางามและชวลิต รัตนกุล. Practical Points on Dietary Management in CAPD. ใน ทวี ศิริวงศ์และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ). 2008 Optimal care on CAPD in Thailand. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551. หน้า 133-144.
25. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ระเบียบวิธีการวิจัย ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2550.