

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สาวิกา อร่ามเมือง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

นางสาวสาวิกา อร่ามเมือง

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณกาญจน์ สังกาศ,

Ph.D. (Education)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคศุท,

D.S.N.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2554

นางสาวสาวิกา อร่ามเมือง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นายสมพล บุรณะไธสง,

พ.บ., ว.ว. อาวุธศาสตร์โรคไต

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองกาญจน์ สังกาศ,

Ph.D. (Education)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรอนน ศรีบุญตสุขุท,

D.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

กิตติกรรมประกาศวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ สังภาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพณ ศรียุคตศุทธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรรกมล และนายแพทย์ สมพล บุรณะโอสถ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา อันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงฆ์ แพทย์และพยาบาลหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเฉพาะ นายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชการ เลขานุการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในทุกๆด้าน ตลอดเวลาการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว นายศรีพงษ์ เกตุแก้ว และนางสาววิมลมาศ มินขาว ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดจนเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รหัส 49 ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อนๆ และบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยในการทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สาวิกา อร่ามเมือง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
FACTORS PREDICTING FLUID CONTROL BEHAVIOR IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS
RECEIVING HEMODIALYSIS

สาวิกา อร่ามเมือง 4936743 NSAN/M

พช.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กรองกาญจน์ สังกาศ, Ph.D. (EDUCATION),
สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), อรวมน ศรียุคศุทธร, D.S.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 98 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัย 4 ชุดคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ 3) แบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54) ตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432, p < .05$) โดยพบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ($\beta = .622$) และปัจจัยด้านรายได้ ($\beta = .224$) สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีการพัฒนากิจกรรม หรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำมากขึ้น และควรคำนึงถึงรายได้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย / พฤติกรรมการจำกัดน้ำ / โรคไตเรื้อรัง/ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

FACTORS PREDICTING FLUID CONTROL BEHAVIOR IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS RECEIVING HEMODIALYSIS

SAVIGA ARAMMUANG 4936743 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVIORY COMMITTEE: KRONGKARN SANGKARD, Ph.D. (EDUCATION), SUVIMOL KIMPEE, M.Ed.(EDUCATIONAL RESEARCH), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.

ABSTRACT

This descriptive research aim to study the predictive power of age, income, education level, duration of hemodialysis treatment, outcome expectancy in fluid control behavior, and perceived self-efficacy in fluid control behaviors among CKD (chronic kidney disease) patients receiving hemodialysis at the Hemodialysis Unit of the Kidney Foundation of Thailand, Priest Hospital. The sample included 98 patients. The data were collected by interviewing using questionnaires: 1) the personal data questionnaire 2) the perceived self-efficacy questionnaire 3) the outcome expectancy questionnaire and 4) the the fluid control behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

The research indicated that the sample had on overall level of fluid control behaviors at a medium level (Mean = 3.49, S.D. = 0.54). The results from the multiple regression analysis showed that the study variables including age, income, education level, duration of hemodialysis treatment, outcome expectancy in fluid control behavior, and perceived self-efficacy in fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis for 43.2% ($R^2 = .432$, $p < .05$). Perceived self-efficacy in fluid control behaviors and income could significantly predict fluid restriction behaviors among CKD patients receiving hemodialysis treatment at the statistical significant level .05 ($p < .05$).

Based on the recommendations are the study's finding, nurses who take care of hemodialysis patients should develop a program to promote a perceived self-efficacy in fluid the control behavior and also find financial resources to help patients in terms of income so as to ensure the appropriateness and effectiveness of fluid control behaviors.

KEY WORDS: FACTORS PREDICTING / FLUID CONTROL BEHAVIOR / CHRONIC KIDNEY DISEASE / HEMODIALYSIS

117 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	12
พฤติกรรมกำกัคน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา	20
ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	
ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997)	26
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำกัคน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	30
ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	
สรุป	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	39
สถานที่เก็บข้อมูล	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	45
วิธีการรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 อภิปรายผล	62
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	70
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	85
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ	110
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	111
ภาคผนวก ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	115
ภาคผนวก ง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	116
ประวัติผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	51
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วย	53
4.3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ	54
4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำจำแนกตามรายชื่อโดยเรียงลำดับ คะแนนมากไปน้อย	55
4.5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ	56
4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ ต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำจำแนกตามรายชื่อโดยเรียงลำดับ คะแนนมากไปน้อย	57
4.7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมกรจำกัดน้ำ	58
4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ จำแนกตามรายชื่อโดยเรียงลำดับคะแนนมากไปน้อย	59
4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ	60
4.10 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนาย กับพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ	61

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล การแสดงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมภายนอก	27
2.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์	28
2.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวัง ในผลลัพธ์ที่มีต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล	29

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 7.2 ในประชาชนอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และร้อยละ 23.4 ถึง 35.8 ในประชาชนอายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไป (Zhang & Rothenbacher, 2008) โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 800,000 ราย ซึ่งเพิ่มจากปี ค.ศ.2005 ถึงร้อยละ 60 (Kalanyar-Zadeh, 2007) และมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 6 เสียชีวิตลงทุกปี (MacReady, 2008) สำหรับการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,117 ราย พบว่า ร้อยละ 8.1 อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 0.2 อยู่ในระยะที่ 4 และร้อยละ 0.15 อยู่ในระยะที่ 5 (Ong-ajyooth et al., 2009) ซึ่งในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และแม้ผู้ที่ทราบก็ไม่ได้ดูแลตนเองเหมาะสม จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่า ในอนาคตจะต้องมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นแน่นอน (ทวี ศิริวงศ์, 2550)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร โดยหน่วยไตจะค่อยๆถูกทำลายจนกระทั่งหน่วยไตที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยส่วนที่เสียไปได้ ทำให้มีการเสื่อมของโครงสร้างอวัยวะ และหน้าที่ของไตเลวลงเรื่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ไตรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่ช่วยลดการคั่งของของเสีย และสารเกลือแร่ต่างๆในร่างกายได้ในระยะเวลาก่อนข้างรวดเร็ว แต่ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดเป็นช่วงๆ (intermittent hemodialysis) ประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถทดแทนหน้าที่ของไตได้เพียงบางส่วน จึงไม่เพียงพอที่จะควบคุมระดับของเสีย หรือสารเกลือแร่ต่างๆให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่ผู้ป่วย

ไม่ได้รับการฟอกเลือด ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดการกั่งของของเสีย หรือสารเกลือแร่ต่างๆ ได้ง่าย (กฤษณพงศ์ มโนธรรม และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545) และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเล่นเองที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วยสูงขึ้น และทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Pang, Ip, & Chang, 2001) ดังนั้นการฟอกเลือดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดในระยะยาวได้ แต่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพียงพอและต่อเนื่อง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Lee & Molassiotis, 2002)

พฤติกรรมกำกัณฑ์น้ำเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สำคัญ และสมควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากพฤติกรรมกำกัณฑ์น้ำเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องกระทำทุกคนทุกวัน เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนร้อยละ 33-50 มีพฤติกรรมกำกัณฑ์น้ำไม่เหมาะสม (Kutner, 2001; Tsay, 2003) และร้อยละ 90 ไม่สามารถมีพฤติกรรมกำกัณฑ์น้ำที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง (Welch, 2002) ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมกำกัณฑ์น้ำไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือภาวะน้ำเกิน (Barnett et al., 2008; Maes et al., 2001; Leggat, 2005) ซึ่งภาวะน้ำเกินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาฟอกเลือดก่อนเวลาที่กำหนด และเกิดภาวะน้ำท่วมปอด โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินมีสาเหตุเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอด (Spiegel et al., 2005) นอกจากนั้นภาวะน้ำเกินยังทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (Lindsay et al., 2003) ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลัก และสาเหตุร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเสียชีวิตลง (Barnett et al., 2008; Locatelli, Marcelli, & Conte, 2000; Mazzuchi et al., 2000) โดยความดันโลหิตสูงยังทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต เกิดหัวใจวายเลือดกั่ง และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Rahman et al., 2000) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดมากกว่าร้อยละ 5.7 ของน้ำหนักเป้าหมาย (dry weight) จะทำให้เพิ่มอัตราความเสี่ยงในการเสียชีวิตอีกร้อยละ 35 (Leggat et al., 1998) และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เช่น อาการความดันโลหิตต่ำ อาการเป็นตะคริวอาการคลื่นไส้อาเจียน และภาวะไม่สุขสบาย เป็นต้น (ชนันดา ตระการวนิช, 2548; Lindsay et al., 2003; Welch, 2001) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดฟอกเลือดก่อนครบเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดไม่เพียงพอ มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย

อาจต้องเพิ่มจำนวนครั้งของการฟอกเลือดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Abuelo, 1998)

จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พฤติกรรมการจำกัดน้ำจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความจำเป็น และเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่การที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (Newmann & Litchfield, 2005; Welch, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจะมีอาการกระหายน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งอาการกระหายน้ำนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความเข้มข้นของน้ำยาฟอกเลือด ระดับของ BUN และโปแตสเซียมที่สูงขึ้นในกระแสเลือดจากการบริโภค และไตไม่สามารถกำจัดออกได้ (Curtin, et al., 2005) ประกอบกับผู้ป่วยจะมีอาการปาก และคอแห้งได้มากกว่าปกติ เนื่องมาจากการหลังน้ำลายน้อยกว่าบุคคลทั่วไป เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจะมีอาการปาก และคอแห้งร้อยละ 6 (Jacob, & Locking-Cusolito, 2004) ถึงร้อยละ 95 (Dominic, et al., 1996) และยังพบว่า อาการกระหายน้ำเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ไม่สามารถจำกัดน้ำอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่มีน้ำหนักตัวระหว่างวัน ฟอกเลือดสูงมีสาเหตุเกิดจากอาการกระหายน้ำ ปากและคอแห้ง (Kutner, 2001; Savage et al., 2004; Sharp et al., 2005; Tsay, 2003) นอกจากนั้นยังมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำกัดน้ำได้อย่างเหมาะสม เช่น โรคร่วมของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำเพื่อช่วยกลืนอาหารและยา ความรู้สึกติดใจในรสชาติ และการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น (Abuelo, 1998; Curtin et al., 2005; Szczech, et. al., 2003) จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด

จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในเรื่องการมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมจากแพทย์ และพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีงานวิจัยหลายงานที่ศึกษาถึงระดับความรู้กับการลดน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการลดน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือดของผู้ป่วย (Beder et al., 2003; Casey, Johnson, & Mc-Clelland, 2002; Molaison & Yadrick, 2003) เพราะความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ทศนิ ประสพภักดีคุณ, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากต้นเหตุ หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งมีจากหลายปัจจัยเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ทั้งลักษณะทางจิตสภาพแวดล้อมของบุคคลรวมทั้งลักษณะชีวภาพของบุคคล

ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดี และต่อเนื่องนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมนั้น ซึ่งมีต่อการตัดสินใจหยุดพฤติกรรมเสี่ยงและรับเอาพฤติกรรมสุขภาพมาปฏิบัติ เพราะการที่ผู้ป่วยจะกระทำพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนความสำเร็จ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองยังเป็นพื้นฐานในการพิจารณา และตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม โดย Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้และมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา และบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถก็จะมีความอดทนอดสาหัสไม่ท้อถอย จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนสำเร็จ และการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ดังนั้นองค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่าง ที่มีผลต่อการกระทำก็คือ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ซึ่งความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นความเชื่อถึงผลลัพธ์ด้านดี และผลลัพธ์ด้านลบ ที่จะตามมาภายหลังจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม เพราะว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมสำเร็จได้ง่ายถ้าขาดแรงจูงใจ และหากบุคคลเคยได้รับผลดีตามที่คาดหวังไว้ ก็จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด แต่ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถร่วมด้วย บุคคลนั้นจะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้

ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกิดขึ้นก่อนจึงจะลงมือกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้ด้วยตนเอง ก็จะเกิดเป็นแรงจูงใจให้พยายามปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำ จนประสบความสำเร็จ และหากผู้ป่วยมีความคาดหวังถึงผลดีที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นการจำกัดน้ำสูง ก็จะมีแรงกระตุ้นให้บุคคลพยายามปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำมากขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมของร่างกายลงเรื่อยๆ ประกอบกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติยังเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด และมีความยากลำบากในการกระทำ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้

อีกทั้งการเกิดพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวยังไม่มีผลการศึกษายืนยันชัดเจน และยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันอยู่บ้างในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังเช่นการศึกษาของ Kugler และคณะ (2005) ที่ทำการศึกษถึงความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และจำกัดน้ำของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเบลเยียม และเยอรมัน จำนวน 916 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและจำกัดน้ำที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธร สง่ากุล (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ส่วนการศึกษาของ Ifudu และคณะ (1996) ที่ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 430 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการรักษาได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่น้อยกว่า สำหรับการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันได้แก่ การศึกษาของ Leggat และคณะ (1998) ผลการศึกษพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมของผู้ป่วย และการศึกษาของ Brady และคณะ (1997) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 50 คน ผลการศึกษพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีอยู่น้อย การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังไม่มีผลที่สรุปแน่ชัดว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้

สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้เพียงใด เพื่อให้ได้แนวทางในการกำหนดแผนการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดี สามารถลดอาการแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามความเหมาะสมกับสมรรถนะของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นอย่างไร
2. อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้เพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

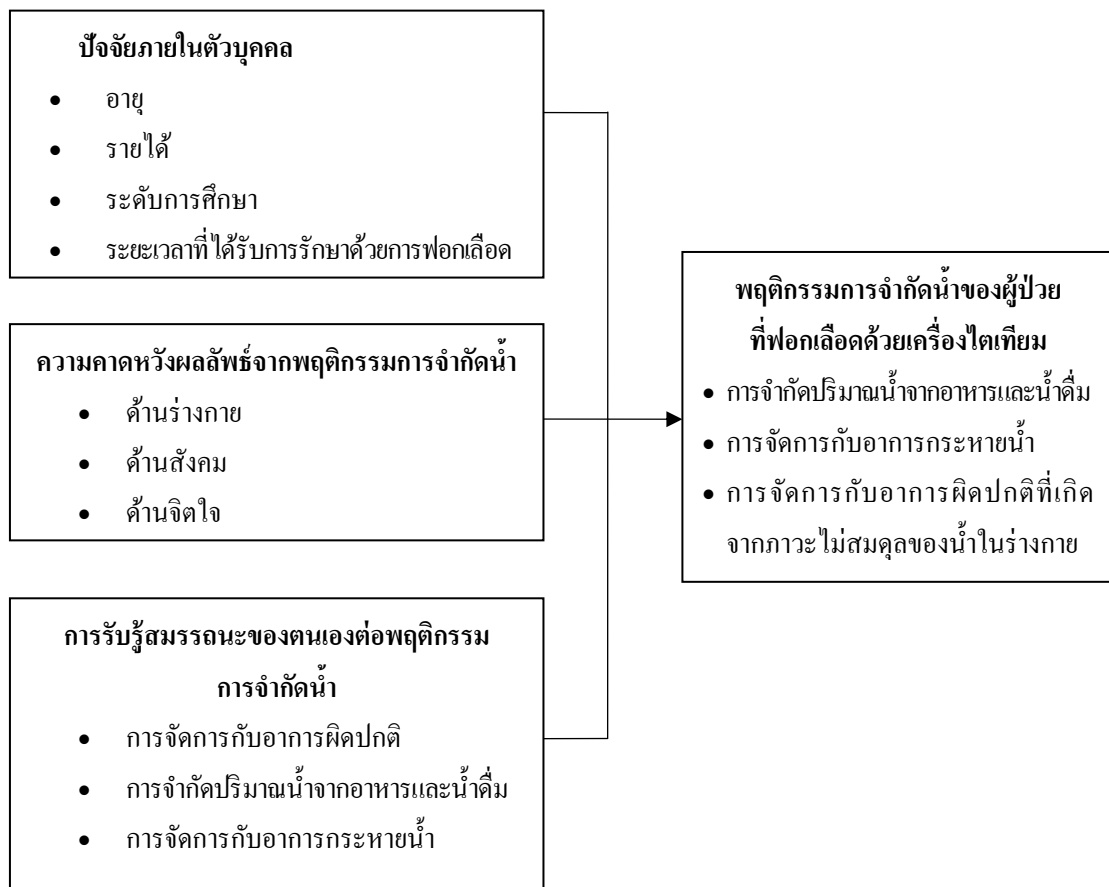
สมมติฐานการวิจัย

อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป้าหมายตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) คือพฤติกรรมกำกัณน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยพิจารณาว่า มีปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งจากกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura ระบุถึงการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม หรือเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัย ประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล การแสดงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้แต่ละปัจจัยมีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆของบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิดหลัก 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) และความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome expectancy) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการ หรือดำเนินการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการกระทำตามที่ตนเองคาดหวัง โดยความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม เพราะบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมสำเร็จได้ง่ายถ้าขาดแรงจูงใจ

ดังนั้นปัจจัยด้าน อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกัณน้ำ จึงอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกำกัณน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งกรอบแนวคิดของการศึกษานี้ได้เสนอในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโดยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีเพศตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้นับเป็น 1 ปี

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อไว้ใช้จ่าย รวมทั้งเพื่อเป็นเงินออมในระยะเวลา 1 เดือน เช่น เงินเดือน โบนัส เงินช่วยเหลือ เงินค่าคอมมิชชั่น เงินค่าอาหาร เงินค่าเดินทาง เป็นต้น

ระดับการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการศึกษาสูงสุดจำนวนเต็มเป็นปีถ้ามีเพศตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้นับเป็น 1 ปี

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น โรคไตเรื้อรัง และได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถ้ามีเพศตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้นับเป็น 1 ปี

พฤติกรรมในการจำกัดน้ำ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการกับอาการกระหายน้ำที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการจำกัดน้ำ หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในลักษณะที่คาดหวังถึงผลดีที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำ ได้แก่ ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมในการจำกัดน้ำ หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการจำกัดน้ำ ซึ่งประกอบด้วยความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกาย การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการกับอาการกระหายน้ำ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาล หรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตเกี่ยวกับ
พฤติกรรมกำกั้นน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 1.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 1.4 กลไกการเกิดภาวะน้ำเกินและผลกระทบจากภาวะน้ำเกิน
2. พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 2.1 การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 2.2 การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 2.3 การจัดการกับอาการกระหายน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997)
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 ระดับการศึกษา
 - 4.3 รายได้
 - 4.4 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 4.5 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง
 - 4.6 ความคาดหวังผลลัพธ์จากพฤติกรรมการจำกัดน้ำ
5. สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า ควรใช้คำว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) แทนคำว่า โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure, CRF) เนื่องจากแพทย์สามารถใช้คำว่า CKD ได้กว้างขวางกว่า ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็น CKD ได้เร็วกว่าเป็น CRF หลายปี เป็นการสร้างความตื่นตัวให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เพื่อให้มีความตระหนักและเริ่มต้นการรักษา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตแต่เนิ่นๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค แทนที่จะปล่อยปละละเลยจนถึงขั้นที่เป็น โรคไตวายเรื้อรังที่มีความรุนแรงมาก (ยังยศ อวิหิงสานนท์ และเกรียง ตั้งสง่า, 2548)

ในปี พ.ศ. 2545 National Kidney Foundation โดย NKF-DOQI (2002) ได้ให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังดังนี้

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติอย่างใดอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 มิติข้างล่างนี้ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ได้แก่

1) มีความผิดปกติของโครงสร้างของไต หมายถึง ความผิดปกติของไตที่ถูกตรวจพบได้โดยภาพรังสี (plain film, intravenous pyelogram) หรือโดยการทำ ultrasound หรือการทำ magnetic resonance imaging (MRI) หรือโดยการทำ renal biopsy หรือจากการตรวจปัสสาวะ เช่น การพบ hematuria, pyuria, proteinuria หรือ cellular urinary cast เป็นต้น

2) มีความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของไตในส่วน glomerular filtration rate (GFR) โดยถือค่า GFR ที่ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที (เทียบกับพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตร) เป็นเกณฑ์

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามค่า GFR

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย แต่เมื่อวัดค่า GFR ยังปกติมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาที/พื้นที่ผิวในร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายมากขึ้น และมีค่า GFR ลดลง แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียกว่า โรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ GFR มีค่าต่ำกว่า 90 แล้ว แต่ยังเกิน 60 มิลลิลิตร/นาทีต่อพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3 นับแต่ระยะที่สามเป็นต้นไป เมื่อค่า GFR ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาทีต่อพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตรลงมา ให้เรียกว่าเป็นภาวะโรคไตเรื้อรังได้ ระยะที่สามเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีค่า GFR ลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

โดยแพทย์ต้องนำค่า serum creatinine มาคำนวณเป็นค่า creatinine clearance หรือค่า GFR เสียก่อน โดยปรับตามอายุ น้ำหนักและเพศ ดังนั้นค่า GFR ในช่วงดังกล่าวจะตรงกับค่า serum creatinine ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้น ค่า GFR ลดลง อยู่ในช่วง 30-15 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วย มักมีค่า serum creatinine อยู่ในช่วง 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่า GFR ต่ำกว่า 15 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวในร่างกาย 1.73 ตารางเมตร และในช่วงท้ายของระยะที่ห้า เป็นช่วงที่ผู้ป่วยควร ได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต (renal replacement therapy, RRT) ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

2. พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีการทำงานของไตบกพร่อง โดยมีการดำเนินโรคค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลานาน มีการสูญเสียหน้าที่ในการรักษาสมดุลกรด-ด่าง ปริมาณน้ำในร่างกาย และของเสียต่างๆ ทำให้มีการสะสมของของเสียมากขึ้นเรื่อยๆ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2542) โรคไตเรื้อรังทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้จะแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายของไตในระยะแรกแล้ว การเสื่อมของไตก็ยังคงดำเนินต่อไป จนในที่สุดเกิดเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การสูญเสียหน้าที่ของไตในภาวะโรคไตเรื้อรัง จะพบว่ามี การสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสีย (excretory function) เช่น ยูเรีย และครีเอตินิน สูญเสียหน้าที่ในการควบคุม และรักษาสมดุลต่างๆ ของร่างกาย (regulatory function) เช่น รักษาความสมดุลของน้ำ เกลือแร่ ความเป็นกรดด่าง และการสูญเสียหน้าที่สร้างหรือสังเคราะห์ฮอร์โมน และวิตามินบางชนิดเป็นต้น (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2544) เมื่อการทำงานของไตบกพร่องจะทำให้ nephron ถูกทำลายเป็นผลให้ nephron ที่เหลือมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากต้องทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อชดเชย nephron ที่เสียไป ทำให้เกิดกลไกการปรับตัวโดยส่งผลให้เส้นเลือดที่ผ่าน glomerular ขยายมากขึ้นเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งสมดุลของน้ำและเกลือแร่ จนในที่สุดเมื่อ nephron ถูกทำลายมากกว่าร้อยละ 75 จะมีผลทำให้เสียสมดุลน้ำและเกลือแร่เนื่องจากไตไม่สามารถดูดซึมเกลือแร่ และไม่สามารถขับของเสียทางปัสสาวะได้ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะ จนกระทั่งเมื่อ nephron ถูกทำลายถึงร้อยละ 90 ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกน้อยลง การขับของเสียจากร่างกายลดลง และการเสื่อมของไตจะคงดำเนินต่อไป จนเมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10 มิลลิตรต่อนาที ก็จะเข้าสู่ระยะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคน (ไตรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

3. การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น การรักษาโดยการชะลอการเสื่อมของไตมักจะไม่ได้ผล ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย โดยการรักษาที่นำมาใช้ในที่นี้คือการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ซึ่งในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การปลูกถ่ายไต (renal transplantation) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis ,CAPD) (เกรียง คังสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2543; สุพัฒน์ วาณิชการ, 2539) โดยทั่วไปจะมีข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตดังนี้

3.1 มีระดับของเสียในเลือดสูงคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวานที่มีระดับ blood urea nitrogen, BUN มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับ serum creatinine มากกว่า 10 มิลลิกรัม/นาที สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานควรพิจารณาการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเร็วขึ้นคือ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิตรต่อนาที เพราะมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะกรดมากกว่า และมีการดำเนินของโรคเร็วกว่าโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่น

3.2 มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งทำการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล เช่น มีภาวะหัวใจวายโดยเฉพาะภาวะน้ำท่วมปอด

3.3 มีภาวะ hyperkalemia ซึ่งให้การรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล

3.4 ภาวะความเป็นกรด ซึ่งการรักษาด้วย alkali แล้วไม่ได้ผล เช่น มีภาวะความเป็นกรดร่วมกับภาวะหัวใจวาย ทำให้ไม่สามารถให้ sodium bicarbonate ได้เนื่องจากจะทำให้ภาวะหัวใจวายเลวลงจากการได้รับโซเดียม

3.5 มีภาวะแทรกซ้อนของยูรีเมีย

3.6 ภาวะขาดสารอาหาร โดยผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารรุนแรง น้ำหนักลดลง albumin หรือ transferin ในเลือดต่ำลง

3.7 กล้ามเนื้อ อ่อนแรง และอาการคันรุนแรงคุณภาพชีวิตเลวลง ซึ่งอาจเกิดจากอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่ช่วยลดการคั่งของของเสียในร่างกาย ลดภาวะน้ำเกิน ลดการคั่งของเกลือแร่ในร่างกายได้ในระยะเวลาค่อนข้างรวดเร็ว (กฤษณพงศ์ มโนธรรม และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545) ซึ่งใช้หลักการที่เอาเลือดออกจากร่างกายผสมกับเฮพาริน (heparinized blood) เข้ามายังตัวกรองเลือด (dialysis) โดยไหลอยู่คนละข้างกับน้ำยา (dialysate) ซึ่งมีเยื่อหุ้มซึ่งมีคุณสมบัติยอมให้สารที่มีโมเลกุลเล็กผ่านไปได้กั้นกลางสารละลาย

จะเคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่น้ำยา หรือจากน้ำยาสู่เลือด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือด หรือน้ำยาจนกว่าความเข้มข้นทั้งสองข้างเท่ากัน เรียกวิธีการนี้ว่า การแพร่ผ่าน (diffusion) ซึ่งเป็นการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกัน น้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมากด้วยวิธีการที่เรียกว่า การซึมผ่าน (osmosis) และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากกว่านี้ต้องใช้วิธีการที่เรียกว่า การกรองผ่านที่ละเอียดมาก (ultrafiltration) ด้วยการทำให้ความดันระหว่างเลือดกับน้ำยามีความแตกต่างกันมากๆ โดยทั่วไปการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจุดประสงค์ คือทำการรักษาเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจร้ายแรงอัมพาต หรือสภาพร่างกายไม่อำนวยต่อการผ่าตัด

4. กลไกการเกิดภาวะน้ำเกิน และผลกระทบจากภาวะน้ำเกิน

น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายของมนุษย์ เพราะเป็นส่วนประกอบอยู่ทั้งในเซลล์ และนอกเซลล์มีประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว หรือร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว ปริมาณน้ำของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เช่นเด็กมีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายประมาณร้อยละ 80 ชายผู้ใหญ่มีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายประมาณร้อยละ 52 และหญิงวัยผู้ใหญ่มีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายประมาณร้อยละ 47 ในขณะที่ชายสูงอายุมีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายประมาณร้อยละ 43.4 หญิงสูงอายุมีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายประมาณร้อยละ 40.8 และในคนพอมมีปริมาณน้ำในร่างกายมากกว่าคนอ้วน (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2005) ในร่างกายตามปกติจะมีความสมดุลของน้ำนอกเซลล์ น้ำและโซเดียมซึ่งมีค่าคงที่อยู่น้ำนอกเซลล์ประมาณ 135-145 milliequivalent อย่างเหมาะสม โดยปกติไตเป็นอวัยวะสำคัญในการควบคุมน้ำในร่างกาย ไตจะทำหน้าที่ขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายเพื่อรักษาความเข้มข้นของน้ำนอกเซลล์และในเซลล์ให้อยู่ในระดับปกติ ในแต่ละวันร่างกายได้รับน้ำหรือของเหลวเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่แตกต่างกัน ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่ม 1,300-2,200 มิลลิลิตร และจากปฏิกิริยาของการเผาผลาญอาหาร (metabolic water) 125-250 มิลลิลิตร รวมเป็น 1,425-2,450 มิลลิลิตร/วัน ในภาวะปกติของเหลวซึ่งได้รับนี้จะเท่ากับปริมาณของเหลวที่สูญเสียออกจากร่างกายทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ ของเหลวส่วนที่สูญเสียออกจากร่างกายอย่างปรับคุลไม่ได้ (insensible loss) ได้แก่ การสูญเสียของเหลวทางผิวหนัง และทางระบบหายใจประมาณ 600 มิลลิลิตร/วัน (ในทางปฏิบัติมักใช้ 500 มิลลิลิตร/วัน) และของเหลวส่วนที่สูญเสียออกจากร่างกายซึ่งสามารถปรับคุลได้ (sensible loss) ได้แก่ ปัสสาวะ เหงื่อ และอุจจาระ (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2550) ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดปกติกับไตก็จะส่งผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย (Body Fluid Imbalance)

ภาวะน้ำเกิน (Fluid Volume Excess) เป็นภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย โดยร่างกายมีน้ำอยู่มากกว่าร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว หรือเป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำในเซลล์หรือนอกเซลล์มากกว่าปกติ จนเกินความสามารถที่ไตจะขับออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์และอวัยวะที่มีน้ำเกินนั้นๆ ซึ่งเป็นผลจากการได้รับน้ำเพิ่มขึ้น หรือได้รับน้ำปกติแต่สูญเสียออกจากร่างกายได้น้อยลง เมื่อปริมาตรของน้ำภายนอกเซลล์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของน้ำภายนอกเซลล์ลดลงมี sodium ใน plasma ต่ำ น้ำจึงเคลื่อนจากภายนอกเซลล์เข้าสู่เซลล์ ผลคือเซลล์บวม ดึงทำให้ต่อมใต้สมองหยุดหลั่ง ADH ไตจะขับปัสสาวะออกจำนวนมาก ทำให้ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง จนกระทั่งระดับ plasma sodium เพิ่มขึ้นสู่ระดับปกติ ไตจึงจะหยุดขับน้ำออก แต่หากการทำงานของ ADH ถูกรบกวน การขับปัสสาวะจะลดลง ยิ่งทำให้ปริมาตรน้ำภายนอกเซลล์สูงขึ้น ซึ่งจะไปมีผลให้การหลั่ง aldosterone หยุดชะงัก ทำให้ไตขับ sodium ออกปริมาณมากพร้อมกับขับน้ำออกเพียงเล็กน้อย หากไม่ได้รับการแก้ไขปริมาตรของน้ำภายนอกเซลล์ก็จะยิ่งมากขึ้น จนอาจทำให้เกิดภาวะพิษจากน้ำ (water intoxication) ได้ (วรณูช เกียรติพงษ์ถาวร, 2547)

ในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดระยะยาวการขับน้ำ และโซเดียมทางปัสสาวะจะลดลงนำไปสู่ภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกาย มีการคั่งของเกลือ และน้ำในปริมาณมากในร่างกาย (Bernard, 2007; Leypoldt, Cheung & Delmez, 2002) ทั้งนี้เนื่องมาจากเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงเหลือ 4-5 มิลลิลิตร/นาที หรือคิดเป็นค่าการกำจัด creatinine ในปัสสาวะประมาณ 8 มิลลิกรัมต่อนาที (โสภณ นภทร, 2542) ไตจะขับน้ำลดลง แต่ผู้ป่วยจะยังสามารถขับปัสสาวะได้ จากภาวะที่มีปริมาตรเพิ่มขึ้นจากการคั่งของโซเดียม และภาวะที่มีการขับปัสสาวะจากความเข้มข้นของยูเรีย โดยภาวะดังกล่าวจะถูกขจัดออกไปด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะลดลง การลดลงของการทำหน้าที่ของไตที่เหลือของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมักเกิดขึ้นอย่างช้าๆหลังจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปแล้ว 6-12 เดือน (ธนวัฒน์ ไตสุโขวงศ์, 2543) ผู้ป่วยจะมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม จำนวน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ดังนั้นในช่วงระยะเวลาที่เหลือซึ่งเป็นเวลา 2-4 วัน จึงเกิดการสะสมของน้ำในร่างกายที่เกิดจากการบริโภคอาหาร น้ำดื่ม และจากน้ำที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย (Abuelo, 1998) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจำกัดน้ำไม่เหมาะสมโดยดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงหรือมากเกินไปก็จะทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูง โดยผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูงจะแสดงถึงการสะสมของน้ำในร่างกายทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน (Fluid Volume Excess) (Leggat et al., 1998)

ภาวะน้ำเกินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด

พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจที่ไม่ดีอยู่ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของระบบนี้เป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด (Deligiannis, Konidi, & Tourkantonis, 1999) ปัญหาที่พบได้บ่อยในระบบนี้ ได้แก่

1.1 ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ไทรักษ์ พิธิษฐกุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) โดยภาวะความดันโลหิตสูงเกิดจากการเปลี่ยนแปลงปริมาณโซเดียม น้ำ และน้ำนอกเซลล์ โดยในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดระยะยาวการขับน้ำ และโซเดียมทางปัสสาวะจะลดลง ทำให้มีน้ำนอกเซลล์มากเกินไป ทำให้มีการคั่งของเกลือ และน้ำในปริมาณมากในร่างกาย (Bernard, 2007; Leypoldt, Cheung & Delmez, 2002) ส่งผลกระทบให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้นตามมา ต่อมาร่างกายปรับตัวมีการบีบตัวของหลอดเลือดเพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ โดยอาศัยกระบวนการ autoregulation ซึ่งจะทำให้มีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) มีสาเหตุเนื่องมาจากน้ำที่เกินจะทำให้เลือดไหลเวียนในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ความดันกลางของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจถูกยืดออกเนื่องจากปริมาตรของเลือดที่เพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นมากเกินไป โดยถ้าภาวะนี้เกิดต่อกันเป็นเวลานาน หัวใจจะไม่สามารถรับปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นได้ มีผลให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (congestive heart failure) ทำให้มีเลือดกลับสู่หัวใจมากกว่าปกติ กระตุ้นให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นมากเกินไปได้

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ

ปริมาณน้ำที่เกินในหลอดเลือด ถ้าไตไม่สามารถขับออกไปได้ น้ำจะถูกผลักเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อ เช่น น้ำเคลื่อนผ่านผนังหลอดเลือดฝอยที่ปอดออกมาในถุงลมปอด นำไปสู่ภาวะปอดบวมน้ำ และภาวะน้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) (ธนวัฒน์ ไตรสุโขวงศ์, 2543) โดยการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาฟอกเลือดก่อนเวลาที่กำหนด และบางรายต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินจากภาวะน้ำท่วมปอด โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินมีสาเหตุเกิดจากภาวะน้ำท่วมปอด (Spiegel et

al., 2005) ซึ่งน้ำที่เกินนั้นจะทำให้เกิดการบวม (edema) และเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ซึ่งจะทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2547)

3. ความผิดปกติของเซลล์สมอง

ภาวะน้ำเกินทำให้เกิดภาวะเซลล์บวมน้ำ หรือ ภาวะพิษของน้ำ (water intoxication) ความรุนแรงของพิษจากน้ำจะปรากฏมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณของของเหลวที่ได้รับ และอัตราเร็วของของเหลวที่ได้รับ อาการและอาการแสดงที่ปรากฏจะเป็นผลจากความผิดปกติของเซลล์สมอง เพราะเซลล์สมองจะไวต่อการดูดซับของเหลวที่มีความเข้มข้นต่ำได้มากกว่าเซลล์ชนิดอื่นๆ ทำให้เซลล์สมองบวม และความดันภายในกะโหลกสูง ระยะแรกจะพบอาการปวดศีรษะ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง เช่น สับสน ซึม กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกระตุก ถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงต่อไปในระยะหลังจะพบม่านตาขยาย หัวใจเต้นช้าลง pulse pressure กว้างขึ้นอาจชัก และหมดสติตามมาได้ (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2547)

4. ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฟอกเลือด

ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฟอกเลือดได้ร้อยละ 55 (ธนันดา ตระการวนิช, 2545) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้แก่

4.1 ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) คือ การมีความดันเลือดลดลงต่ำกว่า 100 มม.ปรอท หรือความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่า 20-30 มม.ปรอท เมื่อเทียบกับความดันก่อนเริ่มการฟอกเลือด โดยจะพบมีอุบัติการณ์การเกิดได้ถึงร้อยละ 15-50 ของการฟอกเลือด ขึ้นอยู่กับอายุ น้ำหนักตัว และโรคเดิมของผู้ป่วยบางรายมีอาการความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถมาก อาจพบอาการแสดง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมด้วย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดึงน้ำออกจากตัวผู้ป่วยมากเกินไปผลของยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยรับประทาน ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และประเภทของน้ำยาที่ใช้ พบว่าการใช้น้ำยาไดเทียมที่มีส่วนผสมของน้ำยาอะซีเตทจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลงมากกว่าใช้น้ำยาไบคาร์บอเนต (วสันต์ สุเมธกุล, 2537; สุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์, 2546)

4.2 คลื่นไส้ อาเจียน (nausea vomiting) อาการคลื่นไส้ อาเจียนพบในขณะผู้ป่วยฟอกเลือดได้ถึงร้อยละ 10 ซึ่งสาเหตุหลักเกิดมาจากความดันโลหิตตก และการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและเกลือแร่ในขณะที่ฟอกเลือด ในกรณีที่ไม่สัมพันธ์กับอาการความดันโลหิตตก ควรนึกถึงสาเหตุอื่นๆ และให้การรักษาสาเหตุเหล่านั้น สำหรับการป้องกันที่สำคัญที่สุดคือ

การป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตตกขณะฟอกเลือดในผู้ป่วยบางรายการลดอัตราการไหลของเลือดลงเพียงร้อยละ 30 ในช่วงแรกอาจช่วยป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ควรเพิ่มระยะเวลาของการฟอกเลือด เพื่อให้ประสิทธิภาพของการฟอกเลือดเพียงพอ (ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย, 2546)

4.3 ตะคริว (cramp) เป็นภาวะที่พบบ่อยเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 33-86 ของผู้ป่วย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฟอกเลือดไม่เพียงพอ เพราะมักต้องทำให้ต้องหยุดการฟอกเลือดก่อนเวลา ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดตะคริว เนื่องจากการเกิดตะคริวมักเกิดขึ้นในช่วงท้ายของการฟอกเลือดหลังจากที่มีการดึงน้ำออกจากร่างกายด้วยอัตราที่สูง จึงเชื่อว่ากลไกการเกิดตะคริวอาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของ plasma osmolality และ/หรือการลดลงของ plasma volume ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง และเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด (tissue hypoxia) ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดขึ้นหลังจากการดึงน้ำออกจากร่างกายเกิดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลงโดยตรง หรืออาจเป็นการปรับตัวของร่างกายเกิดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหดตัว (compensatory vasoconstriction) เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะส่วนกลางอื่นๆ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดตะคริว ได้แก่ การฟอกเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยขาดสารน้ำ ทำให้น้ำหนักต่ำกว่าน้ำหนักเป้าหมาย จะทำให้เกิดตะคริวที่นานและรุนแรงในช่วงท้ายของการฟอกเลือด และอาการเป็นตะคริวอาจเป็นต่ออีกหลายชั่วโมงหลังการฟอกเลือด และอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดตะคริวคือ ความดันโลหิตต่ำ โดยพบว่าส่วนใหญ่ของการเกิดตะคริวเกิดร่วมกับภาวะความดันโลหิตต่ำ และอาการตะคริวมักคงอยู่แม้ความดันโลหิตจะกลับมามากแล้ว ส่วนน้อยของผู้ป่วยที่เกิดตะคริวโดยไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำมาก่อน ดังนั้นการป้องกันการเกิดตะคริวคือ การแนะนำผู้ป่วยไม่ควรให้น้ำหนักขึ้นมากในช่วงรอการฟอกเลือด (interdialysis) เพื่อหลีกเลี่ยงการดึงน้ำออกมากในระยะเวลาสั้นๆจนทำให้เกิด plasma volume constriction และเกิดภาวะ hypo-osmolality และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตตกขณะฟอกเลือดโดยการคำนวณน้ำหนักเป้าหมายให้เหมาะสม (ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย, 2546)

4.4 ปวดศีรษะ (headache) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในขณะฟอกเลือด ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ อย่างไรก็ตามพบว่า อาการปวดศีรษะอาจสัมพันธ์กับอาการความดันโลหิตตกขณะฟอกเลือด ซึ่งการป้องกันสามารถทำเช่นเดียวกับการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย, 2546)

พฤติกรรมกำกัณน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากผลกระทบจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกายที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมกำกัณน้ำที่เหมาะสม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมกำกัณน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำกัณน้ำของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติ พฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง การกำกัณปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการกับอาการกระหายน้ำ

1. การกำกัณปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้แก่

1) อาการกระหายน้ำ

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด จะมีการกัณของของเสีย และเกลือแร่ที่ไตไม่สามารถกำจัดออกได้ ซึ่งของเสียเหล่านั้นเกิดจากการบริโภค กระบวนการเผาผลาญของร่างกายซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการปาก และคอแห้งขึ้นได้ นอกจากนั้นน้ำยาฟอกเลือด ก็ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกกระหายน้ำเพิ่มขึ้น (Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005) ประกอบกับในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะมีอาการปากและคอแห้งได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องมาจากมีการหลังน้ำลายน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และเพศหญิง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความชุกและความรุนแรงของอาการปาก/คอแห้งมากกว่า (Bots, et al. 2004)

2) โรคร่วมของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติทำให้ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อเลือดที่มีความเข้มข้นสูงนี้กรองผ่านไตจึงเกิดการดึงน้ำจากช่องว่างระหว่างเซลล์ และน้ำภายในเซลล์เข้ามาในหลอดเลือดมากกว่าปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำ ปากและคอแห้งมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรพยายามคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจาก (Kimmel et al., 2002; Szczech, et. al., 2003)

3) การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอาการปากและคอแห้งมากขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด และยังคงสูบบุหรี่จะมีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูงกว่า ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ (Takaki et al. 2003)

4) การดื่มน้ำจากสาเหตุอื่น เช่น การดื่มน้ำเพื่อช่วยกลืนอาหารและยา ความรู้สึกผิดปกติในรสชาติ การดื่มชา กาแฟเป็นของว่างระหว่างมื้อ หรือการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม (Abuelo, 1998)

5) ระดับอารมณ์ของผู้ป่วย

จากการศึกษาของไวท์ (White, 2004) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดที่มีระดับความเครียดสูง จะมีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดต่ำจะมีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูง

6) การใช้ยาบางชนิด

โดยพบว่า การได้รับยาแก้แพ้ (antihistamine) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ซึ่งผู้ป่วยมักใช้เพื่อลดอาการคันจากภาวะยูเรียเมีย จะมีผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดอาการปากและคอแห้ง (Curtin et al., 2005) หรือยากลุ่ม ACE-inhibitor เพื่อลดความดันโลหิต ซึ่งมีฤทธิ์ลดระดับของ angiotensin ที่สามารถกระตุ้นศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (Mistiaen, 2001)

1.2 วิธีการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1) การตรวจปริมาณน้ำดื่ม โดยคำนวณปริมาณน้ำที่ดื่มได้ใน 1 วัน จากการบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ขับออกตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อเปรียบเทียบสมดุลน้ำในร่างกาย และปรับปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน โดยดื่มน้ำได้เท่ากับปริมาณปัสสาวะต่อวันบวกกับปริมาณน้ำที่เสียไปทางอุจจาระ เหงื่อ และลมหายใจได้อีกไม่เกิน 500-800 ซีซี (1 ขวดแม่โขงหรือประมาณ 2-3 แก้ว) (เกรียง ตั้งสง่า, 2542) สูตรที่คำนวณได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวัดปริมาณปัสสาวะ ทำได้โดยตวงและวัดปริมาณปัสสาวะที่ขับออกใน 24 ชั่วโมง ลัก 2-3 ครั้ง แล้วนำปริมาณที่ได้บันทึกไว้... ซีซีต่อวัน

ขั้นที่ 2 ปริมาณน้ำที่เสียไปใน 1 วัน 500 ซีซี

ขั้นสรุป ปริมาณน้ำที่ดื่มได้ = + 500 = ซีซีต่อวัน

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัสสาวะออกเลยจะดื่มน้ำได้ไม่เกิน 500-800 ซีซี ต่อวัน แต่ในรายที่ยังมีปัสสาวะอาจให้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง 250-500 มก.ต่อครั้ง วันละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้มีปัสสาวะมากขึ้น และช่วยควบคุมน้ำหนักร่างกายขึ้น (ถนอม สุภาพร, 2546) โดยผู้ป่วยควรเตรียมขวดน้ำดื่มใส่ขวดไว้ให้มีปริมาณเท่ากับที่คำนวณได้ใน 1 วัน แล้วดื่มน้ำที่เตรียมไว้ในขวด และควรเลือกใช้ภาชนะใส่น้ำที่มีขนาดเล็ก เช่น เลือกลงแก้วน้ำดื่ม หรือถ้วยที่มีขนาดเล็ก เป็นต้น เพื่อป้องกันการดื่มน้ำมากเกินไป (Jacob, & Locking-Cusolito, 2004) โดยต้องนำน้ำที่อยู่ในเครื่องดื่ม หรืออาหารทุกอย่างที่มีน้ำผสมอยู่ เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว น้ำแข็ง ชากาแฟ ไอศกรีม และน้ำแกง มาคิดรวมด้วย และจะต้องนำน้ำในขวดตวงออกในปริมาณที่เท่ากัน เพื่อให้ทราบว่ ปริมาณน้ำที่ดื่มได้ในแต่ละวันเหลือเท่าใด (Sharp, Wild, Gumley, & Deighan, 2005)

2) การบันทึกชนิด ปริมาณอาหารและน้ำดื่มที่รับประทานเป็นประจำ เพื่อเป็นการเตือนตนเองว่า ดื่มน้ำไปเท่าไร และรับประทานอาหารอะไรไปบ้างในหนึ่งวัน (Christensen et al., 2002; Sagawa, Michiyo, & Wendy, 2003)

3) การเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำน้อยๆ เช่น การรับประทานข้าวสวย แทนการ รับประทานข้าวต้ม หรือการรับประทานก๋วยเตี๋ยวแห้งแทนการรับประทานก๋วยเตี๋ยวน้ำ เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มเป็นของว่างระหว่างมื้ออาหารเช่น การดื่มชากาแฟ นม น้ำเต้าหู้ และน้ำอัดลมชนิดต่างๆ เป็นต้น แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีความจำเป็นที่จะต้องดื่ม ควรนำ น้ำในขวดตวงออกในปริมาณที่เท่ากัน (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) แต่ก็ควรหลีกเลี่ยงการรับประทาน ของว่างที่เป็นขนมกรุบกรอบ เพราะในขนมเหล่านี้มักจะมีปริมาณของเกลือโซเดียมในปริมาณสูง ซึ่งจะทำให้ยังดื่มน้ำมากขึ้น

4) การทำจิตใจให้แจ่มใสหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้จิตใจขุ่นมัว ให้ฝึกคิดในเชิงบวกเช่น “ถ้าวันนี้ฉันไม่ดื่มกาแฟตอนบ่ายฉันก็จะคุมน้ำหนักได้” หากฝึกการคิดเชิงบวกแบบนี้เป็นประจำก็จะทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้อย่างมีความสุข (Sharp et al., 2005; Tsay, 2003)

5) การฝึกตั้งเป้าหมายประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดน้ำ เช่น “วันนี้ฉัน จะต้องลดการดื่มน้ำลงครึ่งแก้ว” หรือ “วันนี้ฉันจะไม่ดื่มชา/กาแฟตอนช่วงบ่าย” เป็นต้น และเมื่อ สามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมาย ก็ให้เพิ่มเป้าหมายที่ยากขึ้นไปอีกในระดับเช่น “วันนี้ฉันจะ ควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ไม่ให้เกิน 1 กิโลกรัม/วัน” หรือ “วันนี้ฉันจะไม่เติมน้ำปลาหรือซอสใน อาหารเลย” เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มระดับสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมจำกัดน้ำ และเมื่อ ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมายหรือตามความตั้งใจที่ตั้งไว้ ก็อาจมีการให้แรงกระตุ้น เช่นการให้

รางวัลเป็นการชื่นชมจากคนในครอบครัว หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และควรให้การสนับสนุนด้านต่างๆกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (Sagawa et al., 2001; Tsay, 2003)

2. การจัดการกับอาการกระหายน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม

ในคนปกติการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของพลาสมาและความดันเลือด จะมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมน ADH และการกระหายน้ำ ถ้าความเข้มข้นของพลาสมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 2-3 จะทำให้ร่างกายมีความต้องการดื่มน้ำมากขึ้น ในขณะที่ปริมาตรและความดันเลือดต้องลดลงร้อยละ 10-15 จึงจะให้ผลเช่นเดียวกัน โดยมีการกระตุ้นศูนย์กระหายน้ำซึ่งอยู่ที่ Hypothalamus ตามมาด้วยการดื่มน้ำ แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีอาการกระหายน้ำได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการกั่งของของเสีย และเกลือแร่ ซึ่งเกิดจากการบริโภค และกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย จากการศึกษาพบว่า อาการกระหายน้ำเกิดได้จากการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นของโซเดียมในน้ำยาฟอกเลือด ระดับของ BUN และโปแตสเซียมที่สูงขึ้นในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นจากการบริโภค และไตไม่สามารถกำจัดออกได้ ส่งผลให้ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ และโซเดียมออกจากเซลล์เข้าสู่พลาสมา ส่งผลให้ความเข้มข้นของพลาสมาเพิ่มขึ้น เกิดความรู้สึกกระหายน้ำเพิ่มขึ้น (Curtin, et al., 2005) ประกอบกับในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีอาการปากและคอแห้งได้มากกว่าปกติ เนื่องจากมีการหลั่งน้ำลายน้อยกว่าบุคคลทั่วไป วิธีการจัดการกับอาการกระหายน้ำมีดังนี้

2.1 ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกระหายน้ำมากขึ้น เช่น การออกกำลังกายในที่กลางแจ้ง หรือการอยู่ในที่มีอากาศร้อนอบอ้าว เพราะจะทำให้มีการสูญเสียเหงื่อจำนวนมาก ทำให้เกิดอาการกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้น

2.2 ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ควรเลิกสูบ เพราะการสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอาการปาก/คอแห้งมากขึ้น (Takaki, et al. 2003)

2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรพยายามคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำ ปากและคอแห้งมากขึ้น (Szczecz, et. al., 2003)

2.4 การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เนื่องจากเกลือโซเดียมจะกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมน ADH ทำให้รู้สึกกระหายน้ำมากขึ้น ซึ่งอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงได้แก่

1) อาหารธรรมชาติ โดยธรรมชาติอาหารจากเนื้อสัตว์ต่างๆ จะมีโซเดียมสูง ส่วนอาหารธรรมชาติที่มีโซเดียมต่ำได้แก่ ผลไม้ทุกชนิด ผัก ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง และเนื้อปลา ซึ่งอาหารเหล่านี้มีโซเดียมเพียงพอต่อร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องเติมเครื่องปรุงเลย

2) อาหารแปรรูปหรืออาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารกระป๋องทุกชนิด เช่น เนื้อกระป๋อง ปลากระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เนื้อเค็ม หมูแผ่น ปลาร้า ผักดอง ผลไม้ดอง ผลไม้แช่อิ่ม และขนมกรุบกรอบ เป็นจุดเป็นต้น เพราะอาหารเหล่านี้จะมีการเติมเกลือ หรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณที่สูงมาก

3) อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปต่างๆ ทั้งชนิดกึ่งสำเร็จรูป และ ชนิดซอง ซึ่งส่วนผสมที่ข้างซองบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปจะระบุปริมาณโซเดียม เช่น รสต้มยำกุ้ง จะมีปริมาณเกลือ โซเดียมประมาณ 1,400 มิลลิกรัมต่อซอง หรือเกินครึ่งหนึ่งของปริมาณที่ควรบริโภคได้ต่อวัน

4) เครื่องปรุง และน้ำจิ้มชนิดต่างๆ เช่น เกลือ (ทั้งเกลือเม็ดและเกลือป่น) น้ำปลา และซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ปลาร้า ปลาเจ่า น้ำบูดู เต้าหู้ยี้ น้ำพริก สำเร็จรูป เป็นต้น สำหรับซอสปรุงรสที่ไม่มีรสเค็มหรือเค็มน้อย ได้แก่ ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำจิ้มที่มี รสหวานๆเผ็ดๆ แม้จะมีโซเดียมปริมาณไม่มากแต่น้ำปลา หรือซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม แต่ก็ต้องระวังไม่กินมากเกินไป

5) ผงชูรส แม้เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่ก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 15 และที่ทราบกันดีคือ อาหารสำเร็จรูปต่างๆที่ขายตามท้องตลาด มักมีการเติมผงชูรสลงไปแทบทุกชนิด เพื่อให้อาหารมีรสอร่อยขึ้น

6) ขนมต่างๆที่มีการเติมผงฟู (โซดาไฟ หรือ Baking soda) เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก ลูกก๊วย ซึ่งผงฟูที่ใช้ในการทำขนมเหล่านี้มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบรวมถึงแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนมเองก็มีโซเดียมอยู่ด้วย เพราะผสมผงฟูไว้แล้ว

7) น้ำและเครื่องดื่มน้ำสะอาดโดยทั่วไปเป็นน้ำที่ปราศจากโซเดียม ส่วนเครื่องดื่มเกลือแร่ยี่ห้อต่างๆ มีการเติมสารประกอบของโซเดียมลงไปด้วย เพราะมีจุดประสงค์ให้เป็นเครื่องดื่มของนักกีฬา หรือผู้ที่สูญเสียเหงื่อมาก สำหรับน้ำผลไม้บรรจุกล่อง ขวด หรือกระป๋อง ก็มักมีการเติมสารกันบูดลงไปด้วย ทำให้น้ำผลไม้เหล่านี้มีโซเดียมปนอยู่บ้าง

2.5 ผู้ป่วยสามารถจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารโดยพยายามใช้เกลือ

น้ำปลา ซอส หรือซีอิ๊วให้น้อยลง ในการประกอบอาหารอาจเติมเกลือได้ 1 ช้อนชาต่อวัน (1/3 ช้อนชาต่อมื้อ) หรือเติมน้ำปลา ซอส หรือ ซีอิ๊ว ได้ประมาณ 3 ช้อนชาต่อวัน (1 ช้อนชาต่อมื้อ) หรือ ปริมาณโซเดียมไม่ควรเกิน 1-2 กรัมของโซเดียมต่อวัน (1000-2000 มิลลิกรัมของโซเดียมต่อวัน)

และไม่ควรเก็บส่วนของเกลือ หรือน้ำปลาที่ควรจะใช้ในมือหนึ่งไปรวมกับอีกมือหนึ่ง เช่น ไม่ควรเก็บน้ำปลาทั้งหมดไปใช้ในมือเย็น (Dudek, 2001)

2.6 ผู้ป่วยควรบันทึกอาหารที่รับประทานเป็นประจำไว้เพราะหว่า อาหารใดบ้างที่น้ำจะมีโซเดียมสูงเกินไป และผู้ป่วยควรฝึกการอ่านฉลากอาหารต่างๆ ทุกครั้งก่อนซื้อ และควรเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำเท่านั้น โดยทั่วไปฉลากอาหารมักระบุปริมาณเกลือในรูปปริมาณโซเดียม โดยปริมาณโซเดียมที่ต้องการไม่ควรเกิน 1000-2000 มิลลิกรัมของโซเดียมต่อวัน ซึ่งถ้าผู้ป่วยพยายามและใช้ความอดทนภายในเวลาเป็นเดือน หรือบางทีเป็นสัปดาห์ ต่อมาบรรทัดที่ล้นก็จะมีการปรับตัว และอาหารจะมีรสชาติดีขึ้น จนผู้ป่วยไม่อยากจะรับประทานอาหารที่มีรสเค็มอีกต่อไป แต่หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้เกลือทดแทนที่ไม่ใช่เกลือแกล่ง ให้สอบถามกับแพทย์ผู้ดูแลก่อน เพราะเกลือดังกล่าวอาจมีส่วนผสมของโปแตสเซียม ซึ่งเป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่ที่มักมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง

2.7 ผู้ป่วยควรพยายามรับประทานอาหารที่ปรุงเองที่บ้านให้บ่อยที่สุด หรือนำอาหารที่ปรุงเองจากที่บ้านไปรับประทานที่ทำงาน และอาจดื่มน้ำชุปจากกระดุกสัตว์ไว้รับประทานเอง แต่เมื่อจำเป็นต้องรับประทานอาหารนอกบ้านควรเลือกรับประทานที่มีรสอ่อนเค็ม ไม่ควรเติมน้ำปลา ซอส หรือ ซีอิ๊วเพิ่ม และควรฝึกนิสัยชิมก่อนปรุงเสมอ และต้องมั่นใจว่าผู้ปรุงอาหารมีความเข้าใจ และปฏิบัติได้จริงตามที่กำหนด

2.8 ผู้ป่วยควรพยายามเลือกรับประทานอาหารสด ไม่มีรสเค็ม ไม่ได้ผงชูรส ซึ่งวิธีที่ช่วยให้อาหารมีรสชาติดี และอร่อยขึ้นคือ การใช้เครื่องเทศช่วยให้มีกลิ่นหอม เช่น พริกไทย ลูกผักชี ยี่ห่วย ลูกกระวาน กานพลู รากผักชี กระเทียม ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด เป็นต้น และปรุงอาหารด้วยน้ำมันมะนาว น้ำตาล น้ำส้มสายชู น้ำมะขามเปียก และพริก จะช่วยให้อาหารมีรสชาติดีขึ้น และอร่อยได้เท่าเทียมกัน

2.9 ถ้าผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำมาอาจเคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล และมีส่วนผสมของเมนทอล ครั้งละ 1-2 ชิ้นนานอย่างน้อย 10 นาที วันละ 6 ครั้ง ช่วงเวลาใดก็ได้ หรืออาจเลือกใช้วิธีการอมน้ำแข็ง การอมหรือเคี้ยว ลูกอมชนิดแข็ง การรักษาความสะอาดในช่องปากโดยการบ้วนปาก การแปรงฟัน การดื่มน้ำเฉพาะเวลาที่กระหายจริงๆ เท่านั้น และการดื่มน้ำเย็นก็จะช่วยลดความกระหายลงได้ (Bots et.al., 2005)

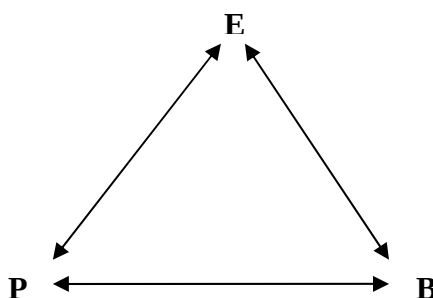
3. การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น โดยควรชั่งในตอนเช้า ก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ซึ่งน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นไม่ควรเกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน (Welch, 2001) หรือไม่เกิน 2.5 กิโลกรัม (Christensen et al., 2002; Molaison & Yadrack, 2003) ถึง 3 กิโลกรัมต่อรอบของการฟอกเลือด (Mistiaen, 2001) โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือด (Interdialytic weight gain, IDWG) หมายถึง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในช่วงวันที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟอกเลือด จนกระทั่ง ถึงวันฟอกเลือดในครั้งต่อไป มีหน่วยเป็นกิโลกรัม และถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มมากเกินไปก็ควรลดปริมาณน้ำดื่มลง นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจปรับลดปริมาณน้ำดื่มลงจากเดิมเมื่อสังเกตพบอาการผิดปกติเช่น ความดันโลหิตสูง เหนื่อยหายใจลำบาก และอาการบวมที่เกิดในร่างกายบริเวณหน้าขา เท้า หรือบริเวณหน้าแข้ง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะการฟอกเลือดเช่น ความดันโลหิตตก เป็นตะคริว คลื่นไส้อาเจียน และไม่สุขสบาย เป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997)

Bandura (1997) ได้อธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม หรือเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัย ประกอบไปด้วย

- 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factors) ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ
 - 2) การแสดงพฤติกรรม (represents behavior) ได้แก่ การแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆของบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน
 - 3) สิ่งแวดล้อมภายนอก (external environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อม สื่อ บรรทัดฐานทางสังคม และบุคคลรอบๆข้าง เช่น บิดา-มารดา กลุ่มเพื่อน
- ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) การแสดงพฤติกรรม (B) และสิ่งแวดล้อมภายนอก (E) (Bandura, 1997)

ทั้ง 3 ปัจจัยนี้ แต่ละปัจจัยมีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่า ปัจจัยแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกัน และกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และกิจกรรมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆของบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy)

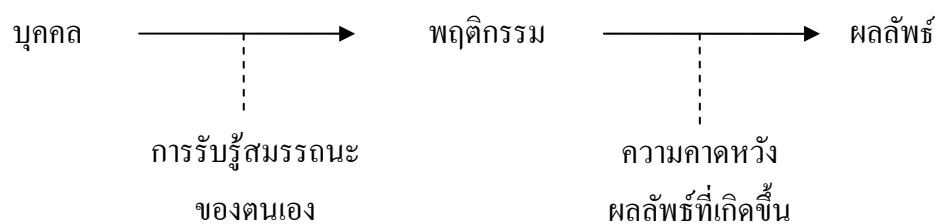
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการตัดสินใจว่า ตนเองมีความสามารถในการใช้ทักษะที่มีอยู่อย่างไร ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเป็นความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างของบุคคลตามแต่สถานการณ์เท่านั้น และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน หรือการเผชิญของแต่ละบุคคล และการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ในการแก้ไขปัญหา และความพยายามในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยอาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือหลายปัจจัยประกอบกัน การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล เช่น พฤติกรรมการเลือก (choice behavior) เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมโดยที่บุคคลจะเลือกทำในสิ่งที่เชื่อว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้สำเร็จ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงมักจะเลือกทำพฤติกรรมหรืองานที่ท้าทาย มีความพยายาม และอดทนทำให้สิ่งนั้นจนประสบความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนต่ำจะหลีกเลี่ยงงาน และท้อถอยเมื่อพบกับงานที่ยากทำให้ขาดความพยายาม

และเลิกทำในที่สุด ดังนั้นแม้ว่าบุคคลจะเห็นความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง แต่ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแล้ว บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆออกมา การรับรู้สมรรถนะของตนเองของบุคคล นอกจากจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมแล้วยังมีผลต่อความพยายามและความอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วย

2. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome expectancy)

เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการกระทำตามที่ตนเองคาดหวังไว้ โดยอาจเกิดจากประสบการณ์ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยตรง หรืออาจเกิดจากการที่ได้เห็นผู้อื่นกระทำแล้วเกิดผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆตามมาให้เห็น ประกอบไปด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ทางบวกคือ มีความคาดหวังว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะทำให้เกิดผลดีแก่ตนเอง ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ทางลบ คือมีความคาดหวังว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะทำให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ซึ่งคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในที่นี้จะมีความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effects) ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคม (social effects) และคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ (self-evaluative effects) นอกจากนี้ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม เพราะบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมสำเร็จได้ง่ายถ้าขาดแรงจูงใจ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังแสดงในภาพที่ 2.3 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura , 1997)

การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมหนึ่งสูง พร้อมกับมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมนั้นสูง ก็มีแนวโน้มว่า บุคคลนั้นจะทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน และ ถ้าบุคคลเคยได้รับผลดีตามที่คาดหวังไว้ก็จะยิ่งเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง แต่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้นสำหรับบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ แต่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น และบุคคลที่มีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่ำ ร่วมกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำก็จะเลิกสนใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังแสดงในภาพที่ 2.4 ดังนี้

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome expectancy)			
	สูง	ต่ำ	
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy)	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน – ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) – ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) – มีความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction)	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ – คัดค้านหรือ ยืนยันที่จะไม่ปฏิบัติ (protest) – มีข้อคับข้องใจ (grievance) – มีการเรียกร้องจากสังคม (social activism) – เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (milieu change)
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ – ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-devaluation) – ท้อแท้ หดหู่ (despondency)	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน – เลิกที่จะปฏิบัติ (resignation) – ไม่สนใจที่จะปฏิบัติ (apathy)

ภาพที่ 2. 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura,1997)

ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่า สามารถปฏิบัติตัวเพื่อมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำที่เหมาะสมได้สำเร็จ ก็จะมีการมีความกระตือรือร้น และพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย แม้ว่าจะยาก หรือมีอุปสรรคก็ไม่ย่อท้อ ยังคงมีความเพียรพยายามที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว และคงพฤติกรรมนั้นไว้ และหากผู้ป่วยมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการจำกัดน้ำสูง เช่น หากผู้ป่วยมีความคาดหวังว่า การจำกัดน้ำจะสามารถช่วยลดการเกิดอาการบวม อาการหายใจเหนื่อยหอบ และอาการแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดได้ หรือมีความคาดหวังว่า หากตนเองสามารถคุม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไม่ให้มากเกินไปเกินกว่าเกณฑ์ ก็จะได้รับ การชื่นชมจากเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ และหากตนเองสามารถจำกัดน้ำได้ในปริมาณที่ตนเองตั้งใจไว้ก็จะทำให้มีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำที่เหมาะสมมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำที่เหมาะสมก็จะทำให้น้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำน้อยก็มีแนวโน้มว่า ผู้ป่วยจะละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมในการจำกัดน้ำ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม

พฤติกรรมในการจำกัดน้ำเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ช่วยควบคุม ภาวะของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ในการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่ได้ เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากต้นเหตุหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งมีจากหลายปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผล ชักจูงและกัน ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจำกัดน้ำได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจำกัดน้ำ ของผู้ป่วย โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่

1. อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือ ปัญหาต่างๆ การรับรู้การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตาม พัฒนาการ ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาส และประสบการณ์มากกว่าที่จะได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วย

ตนเอง และได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำของผู้อื่น ทำให้การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกันดังเช่นจากการศึกษาของ Kutner และคณะ (2002) ที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 119 คน และผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 51 ราย ในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และอายุสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kugler และคณะ (2005) ที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร และจำกัดน้ำของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเบลเยียม และเยอรมัน จำนวนผู้ป่วย 916 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและจำกัดน้ำที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Curtin และคณะ (1997) ที่ศึกษาดังกล่าวถึงด้านอายุต่อพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 135 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และการศึกษาของ Jaun และคณะ (2005) ที่ศึกษาดังกล่าวถึงน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือดต่อระดับความดันโลหิต ภาวะโภชนาการ และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 134 คน ในประเทศสเปน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวระหว่างวันฟอกเลือดสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก นอกจากนั้น การศึกษา Adel และคณะ (2005) ที่ศึกษาดังกล่าวถึงที่มีผลต่อระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 1,005 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับฟอสเฟตในเลือด โดยระดับฟอสเฟตในเลือดจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่ศึกษาดังกล่าวต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่นการศึกษาของศิริธร สง่ากุล (2549) ที่ศึกษาดังกล่าวถึงรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ และการศึกษาของ วิชชุดา เจริญกิจการ (2543) ที่ศึกษาดังกล่าวถึงรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย อิทธิพลระหว่างบุคคลและเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ร้อยละ 49 ($p < .05$)

ส่วนงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาที่ต่างกัน เช่นการศึกษาของ Bots และคณะ (2004) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นกับอาการช่องปากแห้งในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น

2. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่างๆ เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล เพราะผู้ที่มีการศึกษาจะมีความสามารถในการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการจัดระบบความคิด และมีการแก้ไขปัญหาได้ดี สามารถจัดหาแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำเอาความรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ให้เกิดประโยชน์ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความเข้าใจในข้อมูลได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และสามารถเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (ชมนาถ สุ่มเงิน, 2543) โดย Orem (1995) ได้กล่าวว่า ความรู้เปรียบเสมือนปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในการที่ช่วยให้บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลพิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจประพฤติปฏิบัติ ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีความรู้ที่เพียงพอ เพื่อใช้พิจารณาและตัดสินใจปฏิบัติ ดังเช่นการศึกษาของของนพรัตน์ เจริญกิจ (2543) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 31.8 สอดคล้องกับการศึกษาของสุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา (2549) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาที่ต่างกัน เช่น การศึกษาของ Leggat และคณะ (1998) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. รายได้

รายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยมีความสำคัญในการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลแสวงหาข้อมูลต่างๆ และเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นส่วนประกอบในการคิดและตัดสินใจในการกระทำต่างๆ รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ และการดูแลตนเองดีขึ้น โดยผู้ที่มีรายได้เพียงพอ่อมได้รับการสนองต่อตามความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถมีอำนาจการซื้อและเลือกอาหาร และวิธีการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน แต่การมีฐานะเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย ดังเช่นการศึกษาของ Kammerer (2007) ที่ทำการศึกษาดังพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Perneger, Whelton และ Klag (1995) ที่ศึกษาถึงรายได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 361 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Curtin และคณะ (1999) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 135 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การศึกษาของสุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา (2549) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีผลแตกต่างกับการศึกษาของ สุภารัตน์ เพียรชอบ (2548) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแหล่งทักษะภายในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 110 ราย โดยผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย

4. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีผลต่อผู้ป่วยคือ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบว่า ตนเองมีความเจ็บป่วยร้ายแรง ผู้ป่วยอาจจะตกใจ และปฏิเสธความจริงในการเจ็บป่วยของตนเองไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองอาจจะมีปฏิกิริยาต่อต้านไม่รับฟัง หรือปฏิเสธการรักษา ไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อแสดงว่า ตนเองไม่ได้เป็นอะไรมา แต่ผู้ป่วยบางคนก็จะมี

ปฏิกิริยาที่กลัว และวิตกกังวลกับโรคที่เป็น สนใจที่อยากจะรู้เรื่องโรคที่เป็นอย่างละเอียด มีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ต้องการการดูแลใกล้ชิด เมื่อระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ผู้ป่วยก็จะมี การปรับตัวต่อโรคยอมรับความจริงมากขึ้น อาการปฏิเสธการรักษาลดลงมีการซักถามถึงรายละเอียดของโรคที่เป็น และวิธีการรักษา มีการปรับตัวต่อการรักษามากขึ้น แต่ในบางรายอาจเฉยๆ และแสดงความไม่สนใจต่อโรคที่เป็น ดังเช่นการศึกษาของ Ifudu และคณะ (1996) ที่ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 430 คน โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกว่า ผู้ที่มีระยะเวลาในการรักษาที่น้อยกว่า

ส่วนการศึกษาที่ให้ผลแตกต่างได้แก่การศึกษาของ Jaun และคณะ (2005) ที่ศึกษาถึงน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือดต่อระดับความดันโลหิต ภาวะโภชนาการ และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 134 คน ในประเทศสเปน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการรักษาด้วยการฟอกเลือดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brady และคณะ (1997) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และสอดคล้องการศึกษาของ สุกร บุษปวนิช และพงศ์ศักดิ์ ค่านเดชา (2549) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 180 คน โดยผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

5. ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างของบุคคลตามแต่ละสถานการณ์เท่านั้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน หรือการเผชิญของแต่ละบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังเช่นการศึกษาของ Oka และ Chaboyer (2001) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และปัจจัยอื่นๆ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsay (2003) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำสูง จะมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การศึกษาของนันทนา คำแก้ว (2547) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49.60 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรรัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 29.10 ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุบล จิรสมานบุญ (2542) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 29.10 ($p < .001$)

แม้ว่าการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมได้ แต่ก็เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรบางกลุ่มเท่านั้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น เป็นการศึกษาเฉพาะในพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมเฉพาะ ดังเช่นพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยนี้มาศึกษาเพื่อเป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจาก การศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

6. ปัจจัยด้านความคาดหวังผลลัพธ์จากพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับความรู้สึกยอมรับของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินการกระทำพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการกระทำตามที่ตนเองคาดหวังไว้ ซึ่งเป็นความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติที่ต้องการ ซึ่งความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีงานวิจัยที่พบว่า ความความคาดหวังผลลัพธ์ทางบวกหรือทางลบมีผลต่อการกระทำพฤติกรรม เช่นจากการศึกษาของเบญจวรรณ ละอองผล (2543) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ นพรัตน์ เจริญกิจ (2542) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 31.8 ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรม ส่วนงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาที่ต่างกัน เช่น การศึกษาของ Zijlstra และคณะ (2008) ที่ศึกษาถึงการคุมร่น้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผ่านการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะลง ผลการศึกษาพบว่า ในปีแรกหลังการผ่าตัดความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการคุมร่น้ำหนักของผู้ป่วย แต่เมื่อขึ้นปีที่สองหลังการผ่าตัดความคาดหวังผลลัพธ์ไม่มีผลต่อการคุมร่น้ำหนักของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรพินท์ ภายโรจน์ (2542) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนกลุ่มนี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรบางกลุ่มเท่านั้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นยังไม่พบในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยนี้มาศึกษาเพื่อเป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินความคาดหวัง

ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจาก การศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

สรุป

โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นโรคที่ทำให้ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และต่อเนื่อง ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดในระยะยาวได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สำคัญ ต้องปฏิบัติอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องกระทำทุกคน เป็นประจำทุกวัน เพื่อลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวนมากที่ยังไม่สามารถมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมได้อย่างเหมาะสม และอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura นี้ ระบุถึงการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากต้นเหตุ หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งมีจากหลายปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน การที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง

จากการศึกษาต่างๆดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม การจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ อาจมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และอาจจะสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ยังเป็นการศึกษาตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การศึกษาถึงปัจจัยการทำนายพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้ปัจจัยดังกล่าวมาใช้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยังไม่มีผู้ทำการศึกษา

ซึ่งผลการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นแนวทางแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการกำหนดแผนการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจกักน้ำที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวัง ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์ วินิจฉัยว่า เป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการ ฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบ และสื่อความหมายเข้าใจ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ นัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร ขนาดกลาง เท่ากับ .13 (Polit, 2008) ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

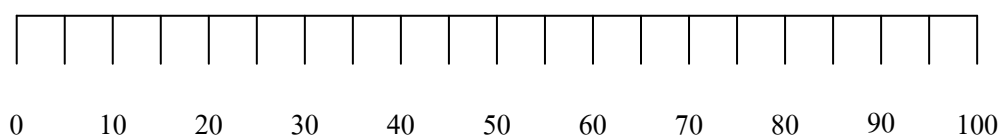
ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษา และเก็บข้อมูลที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 470 คน โดยมีผู้ป่วย 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดครั้งละ 4 ชั่วโมง และกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดครั้งละ 5 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะฟอกเลือดจำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดครั้งละ 4 ชั่วโมงจะมี 3 รอบต่อวัน และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดครั้งละ 5 ชั่วโมงจะมี 2 รอบต่อวัน ใช้เวลาในการฟอกเลือดแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 2-3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบการฟอกเลือด และระดับความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งล่าสุด

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกัลดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเพื่อประเมินการรับรู้ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม เกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการกำกัลดน้ำ ซึ่งประกอบด้วย ความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านการกำกัลดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มจำนวน 8 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำ จำนวน 3 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ โดยถึอเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้ โดยรูปแบบการวัดเป็นแบบระดับเปอร์เซ็นต์ โดยเริ่มจาก 0-100 เปอร์เซ็นต์ ระดับ 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นเลยว่า สามารถกระทำตามข้อความนั้นได้ และคะแนนความเชื่อมั่นจะเพิ่มขึ้นทีละ 10 คะแนน จนกระทั่งถึง 100 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำตามข้อความนั้นได้แน่นอน



ไม่มีความมั่นใจเลยว่า

มีความมั่นใจปานกลางว่า

มีความมั่นใจว่า

สามารถกระทำตาม

สามารถกระทำตาม

สามารถกระทำตาม

ข้อความนั้นได้

ข้อความนั้นได้

ข้อความนั้นได้แน่นอน

คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าระหว่าง 0-1400 คะแนน การแปลผลจะนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดยคำนวณจากคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 81-100

หมายถึง

ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 61- 80

หมายถึง

ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 41-60

หมายถึง

ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 21-40

หมายถึง

ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0-20

หมายถึง

ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวมอยู่ในระดับต่ำมาก

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกำกัณน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเพื่อประเมินความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในลักษณะที่คาดหวังถึงผลดีที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมกำกัณน้ำ ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังผลลัพธ์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผลลัพธ์ด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ 2) ด้านความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคมจำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจจำนวน 2 ข้อ โดยรูปแบบการวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ โดยถือเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด (ระดับ 5 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดว่า หากกระทำพฤติกรรมตามข้อความนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตัวเอง
เห็นด้วยมาก (ระดับ 4 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยคาดหวังมากกว่า หากกระทำพฤติกรรมตามข้อความนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตัวเอง
เห็นด้วยปานกลาง (ระดับ 3 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยคาดหวังปานกลางว่า หากกระทำพฤติกรรมตามข้อความนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตัวเอง
เห็นด้วยน้อย (ระดับ 2 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยคาดหวังน้อยกว่า หากกระทำพฤติกรรมตามข้อความนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตัวเอง
ไม่เห็นด้วยเลย (ระดับ 1 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่คาดหวังเลยว่ หากกระทำพฤติกรรมตามข้อความนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตัวเอง

คะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกำกัณน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน การแปลผลจะนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดยคำนวณจากคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ แปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยออกเป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.5-5.00	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับสูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับต่ำที่สุด

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเพื่อประเมินพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกาย จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มจำนวน 11 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำจำนวน 7 ข้อ โดยรูปแบบการวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ โดยถือเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ (ระดับ 5 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ระดับ 4 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือ 5-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง (ระดับ 3 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ปฏิบัติกันๆ ครั้ง (ระดับ 2 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ (ระดับ 1 คะแนน)	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลยหรือน้อยกว่า 1 ครั้ง สัปดาห์

คะแนนพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม มีค่าระหว่าง 22-110 คะแนน การแปลผลจะนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย โดยคำนวณจากคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ แปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยออกเป็นดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.5-5.00	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับสูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำอยู่ในระดับต่ำที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 2 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ

ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองจำนวน 1 ท่าน ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำเท่ากับ 0.87 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม การจำกัดน้ำได้เท่ากับ 0.83 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจำกัดน้ำได้เท่ากับ 0.92

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน แล้ววิเคราะห์ค่า สหสัมพันธ์ประสิทธิแอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการ รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 0.81 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์ความ คาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจำกัดน้ำของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน การขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลัก

1. จริยธรรมสากลของการทำวิจัยในคน โดยเฉพาะการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ตัดสินใจอย่าง อิสระปราศจากการกดดันให้ต้องจำยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กระบวนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โครงการวิจัยโดยละเอียด ครบถ้วน เพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่ผู้ป่วยต้องทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ประโยชน์ ความเสี่ยง วิธีการแก้ไข การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์ อักษรในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อตนเองได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทนการ

เขียนชื่อตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถอ่านเขียนได้ ผู้วิจัยจะให้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอ่านข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

3. ความเสี่ยงของโครงการวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการขอเชิญให้ผู้ป่วยตอบคำถามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถาม และเรียงลำดับข้อคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆ (Intervention) ต่อผู้ป่วยจึงมีผลข้างเคียงน้อยมาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่ทำการฟอกเลือด อาจทำให้รู้สึกเบื่อ เสียเวลา หรือรู้สึกไม่สบายใจที่ตอบคำถามบางข้อ ผู้วิจัยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ สามารถยุติได้ตลอดเวลา หรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆขณะที่ตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้น และรายงานเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วย และหวนผู้ป่วยร่วมประเมินอาการผิดปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

4. หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พอใจ หรือต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้ทำวิจัยรับทราบ และในการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ

5. ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยในรายงานการวิจัยจะเสนอผลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการรวบรวมข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกัคน้ำ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกำกัคน้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกำกัคน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อเลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้างานหน่วยไตเทียมและพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยบันทึกค่าตัวแปรทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงและระดับความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งล่าสุดจากใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยพบในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มทำการฟอกเลือดหรือขณะทำการฟอกเลือด (หลังจากที่ผู้ป่วยดำเนินการฟอกเลือดไปแล้วอย่างน้อย 30 นาที)

6.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และแจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ นำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลหรือการอภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัยจะเสนอผลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยระหว่างการตอบคำถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือต้องการยุติเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับ

6.2 กลุ่มตัวอย่างยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

7.1 เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกวม น้ำแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อ

พฤติกรรมการจำกัดน้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยตามลำดับ ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที

7.2 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับอายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ โดยวิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) แบบใส่ข้อมูลเข้าพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter method) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551; Munro, 2001 อ้างถึงใน ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และชวดี ฤาชา, 2549)

3.1 ตัวแปรอิสระที่ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่มีค่าสูงจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity (มากกว่า 0.85) ซึ่งอาจมีผลทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรหนึ่งไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชื่อถือไม่ได้

3.2 การอ้างอิงทางสถิติถึงลักษณะประชากร มีเงื่อนไขว่าการแจกแจงของข้อมูลต้องเป็นแบบปกติ

3.3 การแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Residual) เป็นแบบปกติ (Normal) โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 0

3.4 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (y) สำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีค่าเท่ากัน (Homoscedasticity) ถ้าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอน แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือมีความเป็นเอกภาพ

3.5 การตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อน โดยใช้สถิติทดสอบDurbin-Watson ถ้ามีค่าใกล้ 2 นั่นคือ มีค่าในช่วง1.5-2.5 แสดงว่าไม่มีปัญหา autocorrelation

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 98 คน โดยในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการร่วมวิจัย หรือยกเลิกการร่วมวิจัยระหว่างการเก็บข้อมูล ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 51 และ 49 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 4.75) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.4 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 36.73 โดยร้อยละ 37.8 มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ย 10,886 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 56.2 ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 43.88 มีความเห็นว่า เป็นรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ รายได้หลักมาจากตนเอง ร้อยละ 47.96 โดยใช้สิทธิประกันสังคมมากที่สุดร้อยละ 51 รองลงมาใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 37.8 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 98)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	51
หญิง	48	49
อายุ		
20-40	27	27.55
41-60	65	66.33
> 60	6	6.12
(Mean = 45 , S.D. = 4.75 , Range 27-69)		
สถานภาพสมรส		
คู่	69	70.4
โสด	21	21.4
หม้าย, หย่า	5	5.1
แยกกันอยู่	3	3.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	33.67
มัธยมศึกษา	36	36.73
อนุปริญญา	20	20.41
ปริญญาตรี	9	9.18

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 98) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	37	37.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	34.7
ค้าขาย	26	26.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	43	43.88
เพียงพอเหลือเก็บ	35	35.71
ไม่เพียงพอ	20	20.41
ที่มาของรายได้		
ตนเอง	47	47.96
สามี/ภรรยา	30	30.61
บิดา/มารดา	16	16.3
บุตร/หลาน	5	5.1
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	50	51
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	37	37.8
จ่ายเอง	11	11.2

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.8 ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.5 ปี (S.D. = 0.85) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนร้อยละ 64.28 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.49 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย และร้อยละ 58.16 มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อวันระหว่างรอบการฟอกเลือดมากกว่า 1 กิโลกรัม/วัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อวันระหว่างรอบการฟอกเลือดเท่ากับ 1.34 กิโลกรัม ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วย (n = 98)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
1-5 ปี	36	36.73
6-10 ปี	39	39.8
11-15 ปี	15	15.31
>15 ปี	8	8.16
(Mean = 7.5 , S.D. = 0.85 , Range 1-19)		
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	63	64.28
เบาหวาน	24	24.49
ไขมันในเลือดสูง	12	12.24
โรคเอสแอลอี	5	5.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4	4.08
โรคเก๊าท์	4	4.08
โรคอื่นๆ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคไทรอยด์	2	2.04
ความดันโลหิต		
ความดันโลหิตปกติ	40	40.82
สูงเล็กน้อย (Systolic 140-159, Diastolic 90-99)	52	53.06
สูงปานกลาง (Systolic 140-159, Diastolic 100-109)	5	5.1
สูงรุนแรง (Systolic ≥ 180 , Diastolic ≥ 110)	1	1
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อวันระหว่างรอบการฟอกเลือด		
≤ 1 กิโลกรัม/ วัน	41	41.84
≥ 1 กิโลกรัม/ วัน	57	58.16
(Mean = 1.34 , S.D. = 0.65 , Range 0.3-2.3)		

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 66.1, S.D. = 13.6) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 98)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	Mean	S.D.	การแปลผล
การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม	66.1	13.6	ปานกลาง
ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม	62.82	16.84	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำ	70.07	16.30	สูง
ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง	70.86	17.2	สูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ลดปริมาณน้ำดื่มลงเมื่อพบอาการผิดปกติ (Mean = 78.72, S.D. = 20.01) ลดน้ำดื่มลงเมื่อพบน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ (Mean = 75.20, S.D. = 20.81) และสามารถทำตามความตั้งใจได้สำเร็จ (Mean = 74.28, S.D. = 22.73) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด 3 อันดับได้แก่ บันทึกชนิดและปริมาณอาหาร (Mean = 51.73, S.D. = 28.09) บันทึกปริมาณน้ำดื่ม (Mean = 52.60, S.D. = 27.25) และจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่ให้เกินปริมาณที่ตวงไว้ (Mean = 58.62, S.D. = 25.81) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน และเรียงลำดับข้อคะแนนมากไปน้อย (n = 98)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	Mean	S.D.
ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม		
สามารถทำตามความตั้งใจได้สำเร็จ	74.28	22.73
เลือกทานอาหารที่มีน้ำอยู่น้อย	72.37	20.20
ควบคุมตนเองได้เมื่อต้องเข้าสังคม	66.61	21.30
ปฏิเสธคำชวน	64.77	24.38
คำนวณปริมาณน้ำดื่ม	61.58	27.61
จำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่ให้เกินปริมาณที่ดวงไว้	58.62	25.81
บันทึกปริมาณน้ำดื่ม	52.60	27.25
บันทึกชนิดและปริมาณอาหาร	51.73	28.09
ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำ		
หลีกเลี่ยงการทานอาหารที่มีโซเดียมมาก	72.76	20.80
ไม่ดื่มเครื่องดื่มปรุงแต่ง	70.15	22.80
ใช้วิธีอื่นลดอาการกระหายน้ำแทนการดื่มน้ำ	67.29	22.86
ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง		
ลดปริมาณน้ำดื่มลงเมื่อพบอาการผิดปกติ	78.72	20.01
ลดน้ำดื่มลงเมื่อพบน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์	75.20	20.81
ชั่งน้ำหนักตัวเอง	58.67	30.91

2.2 ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.07, S.D. = 0.52) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ และความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 98)

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	Mean	S.D.	การแปลผล
ความคาดหวังผลลัพธ์โดยรวม	4.07	0.52	สูง
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย	4.08	0.57	สูง
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ	4.21	0.61	สูง
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคม	3.71	0.86	สูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ การคumno้ำหนักช่วย ลดอาการผิดปกติ (Mean = 4.48, S.D. = 0.69) การไม่มีอาการผิดปกติทำให้รู้สึกดี (Mean = 4.36, S.D. = 0.84) และการคumno้ำหนักตัวได้ทำให้รู้สึกภูมิใจ (Mean = 4.26, S.D. = 0.75) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำต่ำสุด 3 อันดับได้แก่ การคumno้ำหนักตัวได้จะทำให้เป็นที่ยอมรับ (Mean = 3.62, S.D. = 0.94) การคumno้ำหนักตัวได้จะทำให้ได้รับคำชม (Mean = 3.81, S.D. = 0.90) และการไม่ดื่มเครื่องดื่มต่างๆ ช่วยลดอาการผิดปกติ (Mean = 3.81, S.D. = 0.95) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม
การจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน โดยเรียงลำดับข้อ คะแนนมากไปน้อย
(n = 98)

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	Mean	S.D.
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย		
การคบน้ำหนักช่วยลดอาการผิดปกติ	4.48	0.69
การไม่เติมเครื่องปรุงที่มีโซเดียมมากช่วยลดอาการผิดปกติ	4.25	0.95
การจำกัดปริมาณน้ำดื่มช่วยลดน้ำหนัก	4.18	0.79
การลดปริมาณน้ำดื่มช่วยลดอาการผิดปกติ	4.17	0.74
การไม่ดื่มเครื่องดื่มต่างๆช่วยลดอาการผิดปกติ	3.81	0.95
การลดอาการกระหายน้ำโดยไม่ดื่มน้ำช่วยลดอาการผิดปกติ	3.93	0.96
การชั่งน้ำหนักทุกวันช่วยคบน้ำหนักตัว	3.86	0.95
การตวงน้ำ และปัสสาวะจะช่วยลดอาการผิดปกติ	3.81	0.95
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ		
การไม่มีอาการผิดปกติทำให้รู้สึกดี	4.36	0.84
การคบน้ำหนักตัวได้ทำให้รู้สึกภูมิใจ	4.26	0.75
การจำกัดน้ำได้ตามที่ตั้งใจไว้ทำให้รู้สึกภูมิใจ	4.24	0.74
การได้รับคำชมทำให้รู้สึกภูมิใจ	3.98	0.81
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคม		
การคบน้ำหนักตัวได้จะทำให้ได้รับคำชม	3.81	0.90
การคบน้ำหนักตัวได้จะทำให้เป็นที่ยอมรับ	3.62	0.94

2.3 พฤติกรรมการจำกัดน้ำ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 98)

พฤติกรรมการจำกัดน้ำ	Mean	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวม	3.49	0.54	ปานกลาง
ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม	3.28	0.60	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำ	3.65	0.69	สูง
ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง	3.78	0.70	สูง

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ลดปริมาณน้ำเมื่อพบอาการผิดปกติของตนเอง (Mean = 4.39, S.D. = 0.84) สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง (Mean = 4.37, S.D. = 0.96) และลดน้ำดื่มลงเมื่อพบน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ (Mean = 4.09, S.D. = 1.02) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจำกัดน้ำต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ ดื่มน้ำในปริมาณที่ควรไว้ (Mean = 1.57, S.D. = 0.98) บันทึกปริมาณน้ำดื่ม (Mean = 1.58, S.D. = 0.99) และดื่มน้ำสะอาดและน้ำดื่ม (Mean = 2.81, S.D. = 1.59) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามรายด้าน โดยเรียงลำดับข้อคะแนนมากไปน้อย (n = 98)

พฤติกรรมการจำกัดน้ำ	Mean	S.D.
ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง		
ลดปริมาณน้ำเมื่อพบอาการผิดปกติของตนเอง	4.39	0.84
สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง	4.37	0.96
ลดน้ำดื่มลงเมื่อพบน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์	4.09	1.02
ชั่งน้ำหนักตัวเอง	2.27	1.36
ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม		
ปฏิเสธคำชวน	3.94	0.96
หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำมาก	3.91	0.99
เลือกรับประทานผลไม้ที่มีน้ำน้อย	3.86	1.07
ลดปริมาณน้ำดื่มลงเมื่อทานอาหารที่มีน้ำมาก	3.78	1.11
หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มต่างๆ	3.73	1.07
บันทึกชนิดและปริมาณอาหาร	3.63	1.00
เลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำน้อย	3.63	1.16
ควบคุมตนเองเมื่อต้องเข้าสังคม	3.60	1.17
ดื่มน้ำสะอาด และน้ำดื่ม	2.81	1.59
บันทึกปริมาณที่น้ำดื่ม	1.58	0.99
ดื่มน้ำในปริมาณที่ดื่งไว้	1.57	0.98
ด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำ		
ลดการใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมมาก	4.07	0.87
เลือกใช้เครื่องปรุงที่มีโซเดียมน้อย	3.91	1.09
หลีกเลี่ยงการทานอาหารที่มีโซเดียมอยู่มาก	3.91	1.09
ใช้วิธีอื่นลดอาการกระหายน้ำแทนการดื่มน้ำ	3.86	1.19
หลีกเลี่ยงสถานที่ที่กระตุ้นให้กระหายน้ำ	3.71	1.14
รับประทานอาหารที่ปรุงเองที่บ้าน	3.24	1.25
หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด	2.87	1.31

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำมี 3 ปัจจัยคือ อายุ รายได้ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .595, p < .01$) ส่วนรายได้ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .241, p < .05$ และ $r = .239, p < .05$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ กับความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ($r = .262, p < .05$) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับอายุ ($r = .269, p < .01$) รายได้กับระดับการศึกษา ($r = .392, p < .01$) สำหรับความสัมพันธ์กันในเชิงลบ ได้แก่ ระดับศึกษากับอายุ ($r = -.327, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	1.000						
2. ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	.262**	1.000					
3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด	.026	-.007	1.000				
4. รายได้	.057	-.086	.087	1.000			
5. ระดับการศึกษา	-.001	-.018	-.043	.392**	1.000		
6. อายุ	.390	.099	.269**	-.046	-.327**	1.000	
7. พฤติกรรมการจำกัดน้ำ	.595**	.058	.174	.241*	-.002	.239*	1.000

** $p < .01, p^* < .05$

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัย กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาคือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ($b = 2.476$, $t = 6.920$, $p < .05$) และรายได้ ($b = .192$, $t = 2.570$, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สูงสุด ($\beta = .622$, $p < .05$) รองลงมาคือ รายได้ ($\beta = .224$, $p < .05$) โดยมีค่าคงที่เท่ากับ 1.916 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 1.916 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความคาดหวังผลลัพธ์จากพฤติกรรมการจำกัดน้ำ พบว่าไม่ทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

ปัจจัยทำนาย	b	SE	β	t
1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	2.476	.004	.622	6.920*
2. ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	-8.309	.084	-.081	-.983
3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	.189	.105	.149	.795
4. รายได้	.192	.075	.224	.570*
5. ระดับการศึกษา	-1.271	.011	-.104	-1.127
6. อายุ	-7.219	.118	-.058	-.610
R = .657		Constant = 1.916		
R ² = .432		Overall F = 11.53		

* $p < .05$

บทที่ 5 อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 98 คน ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยรวม และด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54 และ Mean = 3.28, S.D. = 0.54 ตามลำดับ) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และ Molassiotis (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ (อายุ 40-69 ปี) ทำให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมบางอย่างผู้ป่วยกระทำด้วยความชอบ ความเคยชิน และความเต็มใจ เพื่อสนองความต้องการของตนเอง โดยกระทำมานานจนยากที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง (เกศกนก เข้มคง, 2550) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องประสบปัญหาของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา คือ ผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งอาการกระหายน้ำนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความเข้มข้นของน้ำยาฟอกเลือด ระดับของ BUN และโปแตสเซียมที่สูงขึ้นในกระแสเลือดจากการบริโภคน้ำและไตไม่สามารถกำจัดออกได้ และจากการที่มีการหลั่งน้ำลายน้อยกว่าบุคคลทั่วไป เป็นต้น (Curtin, et al., 2005) จากสาเหตุดังกล่าวเป็นผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงช่วงวัยสูงอายุ (อายุ 40-69 ปี) ซึ่งอาจมีการเข้าสังคมอยู่เป็นประจำ จึงเป็นการยากที่จะควบคุมตนเองเมื่อต้องเข้าสังคม ดังเช่นผู้ป่วยบางรายบอกว่า “การจำกัดปริมาณน้ำและอาหารให้ได้ตามที่กำหนดไว้สามารถทำได้ยาก เพราะตนเองต้องทำงาน ต้องมีการเข้าสังคม จึงไม่มีความมั่นใจว่าในแต่ละวันจะสามารถจำกัด

ปริมาณน้ำได้ตามที่ตั้งใจไว้ แต่ก็พยายามทำบ้างไม่ใช่ว่าจะไม่ทำเลย เพราะก็กลัวว่าตนเองจะบวม” และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มากถึงร้อยละ 63.27 (Mean = 7.5 , S.D. = 0.85) ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอที่จะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วย สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ตลอดจนเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามได้ ส่งผลให้เกิดการละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ชวนพิศ ทานอง, 2541) นอกจากนี้โรคไตยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องควบคุมพฤติกรรมกำกัณน้ำของตนเองตลอดไป ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่าย และความเคยชินทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นได้ (เกศกนก เข้มคง, 2550) ดังเช่น ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่ถ้าให้ทำทุกวันก็ไม่ไหว ก็ต้องมีตามใจตนเองบ้าง” และผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อว่าเมื่อเป็นโรคนี้แล้วจะต้องเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงคิดว่าไม่มีความจำเป็นมากนักที่จะต้องควบคุมพฤติกรรมกำกัณน้ำของตนเอง อย่างเคร่งครัดนักส่งผลให้มี พฤติที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังเช่น ผู้ป่วยบอกว่า “ฉันก็กินของที่ฉันอยากจะกินเพราะเดี๋ยวตายไปแล้วจะไม่ได้กิน” และกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งบอกว่า “เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในตอนแรกก็จะรู้สึกกลัว และกังวล แต่ก็ทราบว่า เมื่อไปฟอกเลือดแล้วอาการผิดปกติเช่น อาการบวม เหนื่อย แน่น ก็จะดีขึ้นเอง หลังๆเลยไม่ค่อยกังวลมากเท่าไร จึงปล่อยให้อาการเหล่านั้นเป็นอยู่จนกระทั่งถึงวันฟอกเลือดครั้งต่อไป” และกลุ่มตัวอย่างบางคนบอกว่า “ฉันว่าน้ำหนักขึ้นนิดเดียวไม่เป็นไรเดี๋ยวก็มาดิงน้ำออกแล้วน้ำหนักก็ลดลง” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ Methakanjanasak (2005) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกำกัณน้ำของตนเองที่ไม่เหมาะสม แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่บอกว่า “ต้องควบคุมน้ำหนักให้ดีจะได้ไม่บวมเพราะตนเองรู้สึกไม่ดีเมื่อมี อาการบวมตามร่างกายทำให้ถูกคนอื่นมอง” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 49) อยู่ในช่วงอายุ 20-59 ปี (ร้อยละ 93.88) ซึ่งเป็นช่วงวัย และเพศที่มีการคำนึงถึงรูปร่างและภาพลักษณ์ของตนเอง (ครุณี คลรตันภัทร, 2545)

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำพบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, S.D. = 0.70, Mean = 3.65, S.D. = 0.39) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเองมากที่สุดคือ ผู้ป่วยจะลดปริมาณน้ำดื่มลงเมื่อพบว่า ตนเองมีอาการผิดปกติ (Mean = 4.39, S.D. = 0.84) ผู้ป่วยจะสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นประจำ (Mean = 4.37, S.D. = 0.96) และผู้ป่วยจะลดปริมาณน้ำดื่มลงเมื่อพบว่า ตนเองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ (Mean = 4.09, S.D. = 1.02) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่

ต้องรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มากถึงร้อยละ 63.27 (Mean = 7.5 , S.D. = 0.85) ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่มากกว่าและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งจากตนเอง และผู้อื่นที่มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ifudu และคณะ (1996) ที่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสูงกว่าผู้ที่รับการรักษาน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาจมีอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาของระยะการเจ็บป่วย เช่น ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฟอกเลือด อาการหอบเหนื่อย และอาการบวม เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ตลอดจนเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามได้ และทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด และพบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจึงทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เคยได้รับเป็นประจำ ดังเช่นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า “ตนเองทราบว่าเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเช่น อาการบวม หอบเหนื่อย จะต้องแก้ไขเบื้องต้นอย่างไร” “เมื่อซังน้ำหนักแล้วพบว่า น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ตนเองก็รู้ว่าจะต้องลดปริมาณน้ำดื่มลง” สอดคล้องกับ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า หากพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัตินั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ของการกระทำตามที่ตนเองคาดหวังไว้ โดยอาจเกิดจากประสบการณ์ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยตรง หรืออาจเกิดจากการที่ได้เห็นผู้อื่นกระทำแล้วเกิดผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรผลการศึกษาพบดังนี้

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สูงสุด ($\beta = .622$, $p < .05$) (ตารางที่ 4.10) นั้นหมายความว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ มีโอกาสทำให้เกิดพฤติกรรมการจำกัดน้ำ กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำสูงขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำต่ำ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำต่ำ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้คือ เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหาร และน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4.3 และ 4.7)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Oka และ Chaboyer (2001) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และปัจจัยอื่นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศญี่ปุ่น พบการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธร สง่ากุล (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรรัตน์ แหบคงเหล็ก (2543) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการขจัดของเสียทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนและรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 29.10 ($p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการขจัดของเสียทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ เช่นเดียวกับการศึกษาของอุบล จิบสมานบุญ (2542) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 29.10 และการ

รับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($p < .001$)

ผลการศึกษาสามารถอธิบายโดยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง หรือการได้เห็นความสำเร็จจากประสบการณ์ของผู้อื่น นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำ หรือการชักจูงโน้มน้าวจากบุคคลอื่นมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาที่จะกระทำพฤติกรรม รวมทั้งสภาวะทางร่างกายที่แข็งแรง และการมีอารมณ์ทางบวกก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น และหากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงมักจะเลือกทำพฤติกรรม หรืองานที่ท้าทาย มีความพยายาม และอดทนทำให้สิ่งนั้นจนประสบความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนต่ำ จะหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมนั้น และทอดถอนใจเมื่อพบกับพฤติกรรมที่ยาก ทำให้ขาดความพยายาม และเลิกทำในที่สุด ดังนั้นแม้ว่าบุคคลจะเห็นความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง แต่ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแล้ว บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆออกมา การรับรู้สมรรถนะของตนเองของบุคคลนอกจากจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมแล้วยังมีผลต่อความพยายามและความอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วย

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด 3 อันดับได้แก่ บันทึกรับประทานและปริมาณอาหาร (Mean = 51.73, S.D. = 28.09) บันทึกรับประทานน้ำดื่ม (Mean = 52.60, S.D. = 27.25) และจำกัดปริมาณน้ำดื่มไม่ให้เกินปริมาณที่ดวงไว้ (Mean = 58.62, S.D. = 25.81) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีระดับความยากในการปฏิบัติมากกว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “การจดบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ชนิดและปริมาณของอาหารเป็นประจำทุกวันสามารถทำได้ ยาก และไม่สะดวก” “การให้ดวงปัสสาวะและน้ำดื่มทุกวันคงทำไม่ได้เพราะรู้สึกว่าย่างยาก และไม่มีเวลา จำเป็นที่ต้องทำทุกวัน” “ตนเองทราบว่าย่างยากเป็นประจำทุกวัน แต่ไม่สามารถทำได้จริงเพราะรู้สึกว่าย่างยากมาก” ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) คือธรรมชาติของพฤติกรรมที่มีหลายด้าน ระดับความยากง่ายในแต่ละกิจกรรมจึงแตกต่างกันจะส่งผลให้บุคคลเลือกทำพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในกิจกรรมที่ไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม และหากบุคคลเคยได้รับผลดีจากพฤติกรรมที่เคยทำนั้นก็จะยิ่งเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องมีการรับรู้

สมรรถนะของตนเองเกิดขึ้นก่อนจึงจะลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ก็จะเกิดเป็นแรงจูงใจให้พยายามปฏิบัติตามประสบความสำเร็จ

สำหรับรายได้ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .269, p < .01$) (ตารางที่ 4.9) และเป็นปัจจัยรองที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .224, p < .05$) (ตารางที่ 4.10) แสดงให้เห็นว่า รายได้ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วย กล่าวคือถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีรายได้สูง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำสูงขึ้น โดยการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kammerer (2007) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายโดยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัย 3 ปัจจัยประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล การแสดงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ แต่ละปัจจัยมีลักษณะที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกัน และกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกัน (ภาพที่ 2) ซึ่งรายได้ของผู้ป่วยคือสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รายได้มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมทั้งนี้รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้แสวงหาข้อมูล และเรียนรู้สิ่งต่างๆได้มากขึ้น รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่และการดูแลตนเองดีขึ้น โดยผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอได้รับการสนองตอบตามความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตโดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า จะสามารถมีอำนาจการซื้อ และเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย หาอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพทุกชนิด รวมทั้งการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าจำเป็นต้องเก็บเงินรายได้ไว้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 56.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (Mean = 10,886, S.D. = 36.84) ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 47.96 บอกว่าเป็นรายได้ที่เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ และรายได้หลักของผู้ป่วยมาจากตนเองร้อยละ 47.96 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “ตนเองเป็นคนหา

รายได้หลักของครอบครัว การที่จะเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรคของตนเองทำได้ยาก เพราะต้องเก็บเงินไว้เลี้ยงครอบครัวด้วย” “การจดบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ชนิดและปริมาณของอาหารเป็นประจำทุกวันสามารถทำได้ยาก และไม่สะดวกเพราะงานที่ทำไม่เอื้ออำนวย” “การนำอาหารจากบ้านมารับประทานเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการซื้ออาหารสำเร็จรูปจากที่ร้าน” และ “งานที่ต้องพบลูกค้าเป็นประจำ ทำให้กำหนดไม่ได้ว่า วันนี้จะต้องทานอะไรบ้าง” ซึ่งสอดคล้องกับระดับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจำกัดน้ำดื่ม 3 อันดับ ที่พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวสามารถทำเป็นประจำได้ยาก ได้แก่ ดื่มน้ำในปริมาณที่ตวงไว้ (Mean = 1.57, S.D. = 0.98) บันทึกปริมาณน้ำดื่ม (Mean = 1.58, S.D. = 0.99) และดองปัสสาวะและน้ำดื่ม (Mean = 2.81, S.D. = 1.59) ตามลำดับ

สำหรับความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระดับการศึกษา และอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ทั้งนี้เนื่องจากความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ แต่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้น (ตารางที่ 4.9) ส่วนอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ แต่อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .239, p < .05$) แสดงว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่การที่อายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยได้อาจเนื่องมาจากอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยของผู้ป่วยน้อย (ตารางที่ 4.9)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54) และจากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสามารถสะท้อนกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และรายได้ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสรุปได้ว่า กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1997) ที่ใช้อธิบายตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวัง ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่มารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Polit, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน เริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2-3 ได้รับการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.92 ตามลำดับ และนำแบบสัมภาษณ์ที่หาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปวิเคราะห์หาค่าสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ หลังจาก

เก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยวิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) ชนิด All enter ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, S.D. = 0.7, Mean = 3.65, S.D. = 0.69 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.28, S.D. = 0.60)

2. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาคือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวัง ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปร พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ($b = 2.476$, $t = 6.920$, $p < .05$) และรายได้ ($b = .192$, $t = 2.570$, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สูงสุด ($\beta = .622$, $p < .05$) รองลงมา คือ รายได้ ($\beta = .224$, $p < .05$) มีค่าคงที่เท่ากับ 11.535 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 1.916 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ พบว่าไม่ให้อำนาจการทำนาย พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และปัจจัยด้านรายได้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นจึงควรพัฒนากิจกรรม หรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และควรคำนึงถึงรายได้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาถึงโปรแกรม หรือแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อหาข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2 ควรมีการทำวิจัยในสถานที่เก็บข้อมูลอื่นเพิ่มเติม เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้ทำในสถานที่เก็บข้อมูลแห่งเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีข้อจำกัดในลักษณะของประชากร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

FACTORS PREDICTING FLUID CONTROL BEHAVIOR IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS RECEIVING HEMODIALYSIS

สาวิกา อร่ามเมือง 493674 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กรองกาญจน์ สังกาศ, Ph.D. (EDUCATION),
สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), อรวมน ศรียุคศุทธ, D.S.N.

บทสรุปแบบสมบูรณ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 800,000 ราย ซึ่งเพิ่มจากปี ค.ศ.2005 ถึงร้อยละ 60 (Kalanyar-Zadeh, 2007) สำหรับการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,117 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 8.1 อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 0.2 อยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 0.15 และอยู่ในระยะที่ 5 (Ong-ajyooth, et al., 2009) ซึ่งการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่เพียงพอที่จะควบคุมระดับของเสีย หรือสารเกลือแร่ต่างๆ ให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างสมบูรณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟอกเลือด (กฤษณพงศ์ มโนธรรม และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545) และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ขึ้นได้

พฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สำคัญ และเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องกระทำทุกคน ทุกวัน เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะน้ำเกิน (Barnett, et al., 2008; Maes, et al., 2001; Leggat, 2005) แต่การที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัด

น้ำที่เหมาะสมได้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (Newmann & Litchfield, 2005; Welch, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด จะมีอาการกระหายน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การมีอาการปากและคอแห้งมากกว่าปกติ โรคร่วมของผู้ป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำเพื่อช่วยกลืนอาหารและยา ความรู้สึกคิดถึงในรสชาติ และการใช้ยาบางชนิด (Abuelo, 1998; Curtin, et al. , 2005; Szczech, et. al., 2003) จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด

จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในเรื่องการมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมจากแพทย์และพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่เหมาะสมและต่อเนื่องได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากต้นเหตุหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งมีจากหลายปัจจัยที่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (สมร ทองดี, 2545) ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่องนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำ แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมของร่างกายลงเรื่อยๆ ประกอบกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด และมีความยากลำบากในการปฏิบัติ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังเช่นการศึกษาของ Kugler และคณะ (2005) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และจำกัดน้ำ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการศึกษาของ Oka และ Chaboyer (2001) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และปัจจัยอื่นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($p < .001$) และการศึกษาของศิริธร สง่ากุล (2549) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ร้อยละ 38.1 ($R^2 = .381, p < .001$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำ จะสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยนี้จะให้แนวทางแก่พยาบาลในการกำหนดแผนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ถูกต้อง และสามารถลดอาการแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามความเหมาะสมกับสมรรถนะของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlative predictive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆซึ่งได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ โดยใช้แบบสัมภาษณ์คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์โดย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการรับรู้ปกติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 98 คน (Polit, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบการฟอกเลือด และระดับความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดครั้งล่าสุด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกาย การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการกับอาการกระหายน้ำ โดยรูปแบบการวัดเป็นมาตรวัดแบบระดับเปอร์เซ็นต์ โดยเริ่มจาก 0-100 เปอร์เซ็นต์ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.87 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคได้เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคมจำนวน และความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ โดยรูปแบบการวัดเป็นมาตรวัดแบบ likert scale 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.83 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคได้เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจำกัดน้ำ ประกอบด้วยข้อมูล ได้แก่ การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของของน้ำในร่างกาย การจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มจำนวน และการจัดการกับอาการกระหายน้ำ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ โดยรูปแบบการวัดเป็นมาตรวัดแบบ likert scale 5 ระดับ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.83 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคได้เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความอนุเคราะห์ต่อเลขานุการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โดยชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที
7. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ร้อยละนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกัณน้ำ ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมกำกัณน้ำ และพฤติกรรมกำกัณน้ำของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกำกัณน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยวิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี ($S.D. = 4.75$) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 36.73 โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,886 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสังคมร้อยละ 51 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.8 ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.5 ปี ($S.D. = 0.85$) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนร้อยละ 64.28 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อวันระหว่างรอบการฟอกเลือดเท่ากับ 1.34 กิโลกรัม

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 66.1, S.D. = 13.6$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean = 4.07, S.D. = 0.52$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย, ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านจิตใจ และความคาดหวังผลลัพธ์ด้านสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พฤติกรรมการจำกัดน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 3.49, S.D. = 0.54$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำมี 3 ปัจจัยคือ อายุ รายได้ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรม

การจำกัดน้ำ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกั้นน้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการกำกั้นน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .595$, $p < .01$) ส่วนรายได้ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการกำกั้นน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .241$, $p < .05$ และ $r = .239$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำกั้นน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($n = 98$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกำกั้นน้ำ	1.000						
2. ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการกำกั้นน้ำ	.262**	1.000					
3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด	.026	-.007	1.000				
4. รายได้	.057	-.086	.087	1.000			
5. ระดับการศึกษา	-.001	-.018	-.043	.392**	1.000		
6. อายุ	.390	.099	.269**	-.046	-.327**	1.000	
7. พฤติกรรมการกำกั้นน้ำ	.595**	.058	.174	.241*	-.002	.239*	1.000

** $p < .01$, * $p < .05$

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกำกั้นน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการกำกั้นน้ำ ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการกำกั้นน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระดับการศึกษา และอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกำกั้นน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$) เมื่อวิเคราะห์แต่ละตัวแปรพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการกำกั้นน้ำ ($b = 2.476$, $t = 6.920$, $p < .05$) และรายได้ ($b = .192$, $t = 2.570$, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการกำกั้นน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วย

เครื่องไตเทียม และความคาดหวังผลลัพธ์จากพฤติกรรมการจำกัดน้ำ พบว่าไม่ทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สูงสุด ($\beta = .622, p < .05$) รองลงมาคือ รายได้ ($\beta = .224, p < .05$) มีค่าคงที่เท่ากับ 1.916 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 11.535 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($n = 98$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	β	t
1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	2.476	.004	.622	6.920*
2. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำ	-8.309	.084	-.081	-.983
3. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	.189	.105	.149	.795
4. รายได้	.192	.075	.224	.570*
5. ระดับการศึกษา	-1.271	.011	-.104	-1.127
6. อายุ	-7.219	.118	-.058	-.610
R = .657		Constant = 1.916		
R ² = .432		Overall F = 11.53		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยรวมและด้านการจำกัดปริมาณน้ำจากอาหารและน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.54 และ Mean = 3.28, S.D. = 0.54 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ (อายุ 40-69 ปี) ทำให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมบางอย่างผู้ป่วยกระทำด้วยความชอบ ความเคยชินมานานจนยากที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง (เกศกนก เข้มคง, 2550) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีอาการกระหายน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยจะมีอาการปากและคอแห้งได้มากกว่าปกติ เนื่องมาจากมีการหลั่งน้ำลายน้อยกว่าบุคคลทั่วไป เป็นต้น (Curtin, et al., 2005)

จากสาเหตุดังกล่าวเป็นผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกาย จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจำกัดน้ำเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงช่วงวัยสูงอายุ (อายุ 40-69 ปี) ซึ่งอาจมีการเข้าสังคมอยู่เป็นประจำจึงเป็นการยากที่จะควบคุมตนเองเมื่อต้องเข้าสังคม นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มากถึงร้อยละ 63.27 (Mean = 7.5, S.D. = 0.85) ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอที่จะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วย สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ตลอดจนเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามได้ ส่งผลให้เกิดการละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ชวนพิศ ทานอง, 2541)

นอกจากนี้โรคไตยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องควบคุมพฤติกรรมการจำกัดน้ำของตนเองตลอดไป ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่าย และความเคยชินทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขึ้นได้ (เกศกนก เข้มคง, 2550) แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่คำนึงถึงรูปร่างและภาพลักษณ์ของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุ 20-59 ปี และเป็นผู้ที่มีการคำนึงถึงรูปร่างของตนเอง (ครุณี คลรตันภัทร, 2545)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 43.2 ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$) โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำสามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สูงสุด ($\beta = .622$, $p < .05$) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะช่วยผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการจำกัดน้ำสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Oka และ Chaboyer

(2001) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และปัจจัยอื่นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($p < .001$)

ส่วนรายได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .224, p < .05$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีรายได้สูงก็จะช่วยให้มีพฤติกรรมการจำกัดน้ำมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kammerer (2007) ที่ทำการศึกษาศักยภาพส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีรายได้สูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าจะช่วยให้แสวงหาข้อมูลต่างๆ และเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า

สำหรับตัวแปรเรื่องความคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจำกัดน้ำ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจำกัดน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำ ($r = .239, p < .05$) ดังนั้นอายุจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยได้

สรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และควรคำนึงถึงรายได้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และปัจจัยด้านรายได้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นจึงควรพัฒนากิจกรรม หรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำ และควรคำนึงถึงรายได้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำที่ดีขึ้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาถึงโปรแกรมหรือแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อหาข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการจำกัดน้ำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจำกัด น้ำที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2 ควรมีการทำวิจัยในสถานที่เก็บข้อมูลอื่นเพิ่มเติม เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้ทำในสถานที่เก็บข้อมูลแห่งเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีข้อจำกัดในลักษณะของประชากร

**FACTORS PREDICTING FLUID CONTROL BEHAVIOR IN CHRONIC
KIDNEY DISEASE PATIENTS RECEIVING HEMODIALYSIS**

SAVIGA ARAMMUANG 4936743 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KRONGKARN SANGKARD, Ph.D.
(EDUCATION), SUVIMOL KIMPEE, M.Ed.,
AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.**EXTENDED SUMMARY****Background and significance of the study**

Chronic kidney disease (CKD) is one of crucial public health problems and now increases its severity. It was expected that there will be about 800,000 patients who receiving hemodialysis in the United States of America in the year 2020 (Kalanyar-Zadeh, 2007). Also, 6% of these patients die every year (MacReady, 2008). A survey of prevalence of chronic kidney disease in Thai adults has shown that 8.1% were at stage 3 of the disease, 2% were at stage 4, and 0.15% were at stage 5 (Ong-ajyooth et. al., 2009). Hemodialysis treatment is a highly effective treatment for patients having kidney failure. It can reduce waste and mineral retentions in a short time. However, hemodialysis treatment is not sufficient to perfectly control the waste and mineral concentration to normal level particularly on the day that patients not receiving hemodialysis (Mahotham and Eiam Ong, 2002) Therefore, if the patients have incorrect or inappropriate self-care behaviors for their diseases, it is likely that they will have more complications.

Fluid control behavior is one of the significant habits and is a basic activity that every kidney disease patient receiving hemodialysis must do every day to reduce and prevent possible complications. The most common complication is fluid overload

(Barnett et al., 2008; Maes et al., 2001; Leggat, 2005). It is a major cause of hemodialysis needed ahead of schedule and pulmonary edema. It is found that 40% of the CKD patients who came to hospital emergency room were due to pulmonary edema (Spiegel et al., 2005) and hypertension (Lindsay et al., 2003). A study reported that patients who weighted on their hemodialysis days more than 5.7% of dry weight would increase the risk of death for more than 35% (Leggat et al., 1998). Moreover, patients who had high interdialytic weight gain would increase risk of complications during hemodialysis (Trakarnvanich, 2005; Lindsay et al., 2003; Welch, 2001). However, it was difficult for patients to maintain their fluid restriction behaviors constantly and continuously (Newmann, & Litchfield, 2005; Welch, 2002). It is possible that the patients receiving hemodialysis usually felt and had dry lips and mouths more than normal people due to lesser salivary secretion, patients's comorbidity, smoking, and water consumption to help ingestion of food and drugs, addiction to taste, and some medicines (Abuelo, 1998; Curtin et al., 2005; Szczech, et. al., 2003). Those mentioned factors had a negative influence on fluid control for patients receiving hemodialysis.

A study of Thongdee (2002) indicated that although those patients had already received knowledge or suggestions on appropriate fluid restriction from physicians and nurses, they could not maintain fluid restriction appropriately and continuously. It is because human behaviors are not spontaneous. Hence, to make patients able to maintain fluid control appropriately and continuously, many related factors should be considered. Moreover, this group of patients was different from other group of patients because their chronic diseases caused gradual degeneration of their bodies and the applied fluid control caused stress on them and was hard to comply. These consequences would affect perception on self performance and result expectation in fluid control behaviors.

From the literature review, it was found that many factors were related to behaviors in CKD patients receiving hemodialysis. Kugler et. al., (2005) found that age was positively related to diet control behavior and fluid control behaviors. The study of Oka and Chaboyer (2001) who conducted a study on Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese hemodialysis patients the study found that self-efficacy was a good predict food consumption control

behavior among CKD patients receiving hemodialysis. ($p < .001$). And the study of Sa-Ngakul (2005) perceived self-efficacy influence on health-promoting behaviors of hemodialysis patients the study found that age, education level, family income, and perceived self-efficacy in health-promoting behaviors were able to predict health-promoting behaviors of hemodialysis patients for about 38.1% ($R^2 = .381$, $p < .001$).

Therefore, the researcher was interested to study if the factors age, income, education level, duration of hemodialysis treatment, outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis. The study result would be a guideline for nurses to determine promotional and supportive plans for patients to comply with accurate fluid restriction and could reduce complications and cost of medical care. Patients later could suitably live their life with their appropriate performance and had good quality of life.

Purpose of the study

1. To study fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis.
2. To study prediction power of age, education level, income, duration of hemodialysis treatment, perceived self-efficacy in fluid control behaviors, and outcome expectancy in fluid control behavior in CKD patients receiving hemodialysis.

Research Hypothesis

Age, income, education level, duration of hemodialysis treatment, outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis.

Scope of Study

This descriptive research aimed to determine the power of predicting of age, income, education level, duration of hemodialysis treatment, outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis at Hemodialysis Unit of the Kidney Foundation of Thailand, Priest Hospital. The data were collected from May 2009 to December 2009.

Research study

This study aimed to study the ability of various factors to predicting fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis. The factors are age, income, education level, duration of hemodialysis, outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis. Data were obtained through a demographic characteristics questionnaire, the perceived self-efficacy in fluid control behavior questionnaires, the outcome expectancy in fluid control behavior questionnaires, and the fluid control behavior questionnaires.

Population and Sample

The study populations were male and female patients aged 18 years or older diagnosed with CKD and receiving hemodialysis treatment at Hemodialysis Unit of the Kidney Foundation of Thailand, Priest Hospital. The selection of the sample base on the inclusion criteria as follows: patients received hemodialysis at least 6 months, received hemodialysis at twice a week and normal perception. The calculation of sample size is given 98 patients (Polit, 2008).

Research Instruments

1. Demographic characteristics questionnaire

This questionnaire contained 9 items which elicited data regarding demographic characteristics of subjects including gender, age, marital status, education level, occupation, source of income, average monthly income, and medical benefits, and another 4 items which elicited clinical data including co-morbidity, duration of hemodialysis treatment, interdialytic weight gain between hemodialysis rounds, and blood pressure prior to recent hemodialysis.

2. The perceived self-efficacy in fluid control behavior questionnaires

This questionnaire contained 14 items which elicited data including management of fluid balance disorders, fluid control from food and drink, and thirsty management. The measurement format is 0-100 %. It consisted of. Content validity index of the instrument was 0.87, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.81.

3. The outcome expectancy in fluid control behavior questionnaires

This questionnaire contained 14 items which elicited data including outcome expectancy in physical, outcome expectancy in social, and outcome expectancy in mental. The measurement format is 5-level likert scale. It consisted of. Content validity index of the instrument was 0.83, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.82.

4. The fluid control behavior questionnaires

This questionnaire contained 22 items which elicited data including management of fluid balance disorders, fluid control from food and drink, and thirsty management. The measurement format is 5-level likert scale. It consisted of. Content validity index of the instrument was 0.83, and Cronbach's alpha coefficient revealed that reliability of the instrument was 0.83.

Data Collection

The process of data collection was as follows:

1. The thesis proposal was submitted to the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University.
2. After the thesis proposal was approved, the letter from Graduate School of Mahidol University was submitted to Secretary of The Kidney Foundation of Thailand to ask for cooperation in data collection.
3. After permission to collect data was granted, the researcher met the head nurse of Hemodialysis Unit of The Kidney Foundation of Thailand, Priest Hospital to introduce herself, explain the purpose of the study, and ask for cooperation in data collection.
4. The researcher selected the sample base on the inclusion criteria.
5. The researcher met the patients who met the inclusion criteria, introduced herself, explained the objective of the study, conducted protection of the rights of human subjects, and invited them to participate in the study.
6. After the patients agreed to participate in the study, the researcher asked those sign the informed consent form and explain how to fill out the questionnaires to them. The researcher provided additional explanations when the subjects did not understand the questions.
7. The research investigator checks for completeness and validity of data before statistical analysis.

Data Analysis

The demographic data were analyzed for frequency distribution through percentage, the perceived self-efficacy in fluid control behaviors, the outcome expectancy in fluid control behavior, and the fluid control behaviors were analyzed through average and standard deviation. The ability to predict fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis treatment was analyzed through multiple regressions.

Findings

1. Demographic characteristics

Personal data of the sample indicated that 51% were male, average age was 45 years old (S.D = 4.75) 70.4% married, 36.73% graduated high school level. 37.8% of them were employees with average income of 10,886 Baht per month, 43.88% of them thought those were enough income and enough for saving. 47.96% of them told that major income were from themselves. And 51% of them used social security as social benefits. In addition data 39.8% of the sample received hemodialysis treatment for mean duration of 7.5 years (S.D. = 0.85). The most common complication was hypertension. The sample had interdialytic weight gain 1.34 kilograms per day

2. Perceived self-efficacy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis

The study found that the sample had the overall perception on perceived self-efficacy in fluid behaviors at a medium level (Mean = 66.1, S.D. = 13.6). After specific analysis, it was found that the management of self disorders was at a medium level (Mean = 70.86, S.D. = 17.2), the fluid control from food and drink was at a medium level (Mean = 62.82, S.D. = 16.84), and the perception on self-efficacy in fluid behaviors in thirsty management was at a medium level (Mean = 70.07, S.D. = 16.30).

3. Outcome expectancy in fluid control behaviors in CKD patients receiving hemodialysis

The study found that the sample had the overall outcome expectancy in fluid control behaviors at a high level (Mean = 4.07, S.D. = 0.52). After specific analysis, it was found that the physical result expectation was at a high level (Mean = 4.08, S.D. = 0.57), the mental result expectation was at a high level (Mean = 4.21, S.D. = 0.61), and social result expectation was at a high level (Mean = 3.71, S.D. = 0.86).

4. Fluid control behavior in CKD patients receiving hemodialysis

The study found that the sample had the overall level of fluid control behaviors at a medium level (Mean = 3.49, S.D. = 0.54). After specific analysis, it was

found that behavior of management of self disorders was at a high level (Mean = 3.78, S.D. = 0.7), behavior of fluid control from food and drink was at a medium level (Mean = 3.28, S.D. = 0.60), and behavior of thirsty management was at a high level (Mean = 3.65, S.D. = 0.69).

5. Factors related to fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis treatment.

Pearson's product moment correlation coefficients showed that there were three factors which were related to income, age and perceived self-efficacy in fluid control behaviors. Perceived self-efficacy in fluid control behavior was positively related to fluid control behaviors with statistical significance level .01 ($r = .595$, $p < .01$), while income and age were positively related to fluid control behaviors with statistical significance level .05 ($r = .241$, $p < .05$ and $r = .239$, $p < .05$ respectively), as illustrated in Table 1 below.

Table 1 Factors related to fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis treatment.

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Perceived self-efficacy in fluid control behaviors	1.000						
2. Outcome expectancy in fluid control behaviors	.262**	1.000					
3. Duration of haemodialysis treatment	.026	-.007	1.000				
4. Income	.057	-.086	.087	1.000			
5. Education level	-.001	-.018	-.043	.392**	1.000		
6. Age	.390	.099	.269**	-.046	-.327**	1.000	
7. Fluid control behaviors	.595**	.058	.174	.241*	-.002	.239*	1.000

$p < .05$, ** $p < .01$

6. Factors predicting fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis treatment.

Multiple regressions analysis showed that on the all study variables including age, income, education level, duration of hemodialysis , outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors could predict fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis by 43.2% ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$). Only two of the predictors including perceived self-efficacy in fluid control behaviors ($b = 2.476$, $t = 6.920$, $p < .05$) and income ($b = .192$, $t = 2.570$, $p < .05$) contributed significantly to predict of fluid control behaviors. Outcome expectancy in fluid control behaviors, duration of hemodialysis, education level and age could not significantly predict fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis. When evaluating the importance of each variable, the findings showed that perceived self-efficacy in fluid control behaviors ($\beta = .622$, $p < .05$) has more influence on fluid control behaviors, followed by income ($\beta = .224$, $p < .05$) with the constant equal to 1.916 and standard error of prediction equal to 11.535, as illustrated in Table 2 below.

Table 2 Factors predicting fluid control behavior behavior among CKD patients receiving hemodialysis treatment.

Predictive factors	b	SE	β	t
1. Perceived self-efficacy in fluid control behaviors	2.476	.004	.622	6.920*
2. Outcome expectancy in fluid control behaviors	-8.309	.084	-.081	-.983
3. Duration of hemodialysis treatment	.189	.105	.149	1.795
4. Income	.192	.075	.224	2.570*
5. Education level	-1.271	.011	-.104	-1.127
6. Age	-7.219	.118	-.058	-.610
R = .657		Constant = 1.916		
$R^2 = .432$		Overall F = 11.535		

* $p < .05$

Discussion of the Findings

1. Fluid control behaviors

The study found that CKD patients receiving hemodialysis treatment had the overall level of fluid control behaviors at a medium level (Mean = 3.49, S.D. = 0.54 and Mean = 3.28, S.D. = 0.54 respectively). It is possible that the majority of the sample was middle-aged to elderly persons (aged 40-69 years old). It was difficult for them to change behaviors that some had been practiced by their own preferences for a long time (Kem-kong, 2007). Also, patients receiving hemodialysis usually felt thirsty and have dry lip and mouth more than normal people due to lesser salivary secretion than normal people (Curtin, et al., 2005).

According to limitation of physical conditions, it was difficult for patients receiving hemodialysis to comply with fluid control behavior. Moreover, the majority of the sample was middle-aged to elderly persons (aged 40-69 years old). Some of them had been working and socialized with others regularly. Therefore, it was hard for them to control their behaviors when socialized. Furthermore, 63.27% (Mean = 7.5, S.D. = 0.85) of samples had been living with the disease and receiving hemodialysis for more than 5 years. It was long enough to learn from disease experience. They might be able to adjust and to live their lives appropriately including confronting any threat, which those caused the negligence continuous practice of health behaviors (Tham-nong, 1998).

Even though kidney disease is a chronic disease that needs patient's fluid control behaviors all the time, it is possible that the patients might accustom to inappropriate behavior practice. However, some of the sample concerned more about their own appearances and images. This might be because female who were that aged 20 to 59 years old, they might concern about their own appearance (Dol-ratanapat, 2005).

2. Factors predicting fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis treatment.

Multiple regressions analysis showed that on the all study variables including age, income, education level, duration of hemodialysis , outcome expectancy in fluid control behaviors and perceived self-efficacy in fluid control behaviors could predict fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis by 43.2% ($R^2 = .432$, $F = 11.531$, $p < .05$). Perceived self-efficacy in fluid control behaviors was a major factor that could predict fluid control behaviors by itself ($\beta = .622$, $p < .05$). This means that if the patients with CKD receiving hemodialysis had more perceived self-efficacy in fluid control behaviors, they were more likely to have fluid control behaviors. Such findings are similar to the study of Oka and Chaboyer (2001) who conducted a study on Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese hemodialysis patients the study found that self-efficacy was a good predict food consumption control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis.

According to income, the study finding indicated that income could positively co-predict fluid control behaviors ($\beta = .224$, $p < .05$). This could be explained that if the sample had more income, they were more likely to have fluid control behaviors. Similarly, Krmmerer (2007), which was the study of health promotion behaviors among elderly CKD patients receiving hemodialysis, the study found that good income or socioeconomic status was a good health-promoting behavior. It is posible that patients had good income or socioeconomic status would help ones seek for knowledge, communicate with others, and can access healthcare services more than patients had low income.

The results showed that with regard to outcome expectancy in fluid control behaviors, duration of hemodialysis treatment and education level could not predict fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis. These factors had no significant correlations fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis. For age was positively related to fluid control behavior at statistical significant level at a low level ($r = .239$, $p < .05$). Then ages could not predict fluid control behavior among CKD patients receiving hemodialysis.

In conclusion, this study found that perceived self-efficacy in fluid control behaviors and income could predict fluid control behavior among CKD patients

receiving hemodialysis. The finding of the present study should be developed to promote perceived self-efficacy in fluid control behaviors that suitable for each patient and also find financial resources to help patients in term of income so as to ensure appropriateness and effectiveness of fluid control behaviors.

Recommendations

1. Recommendations for nursing care practices

The study found that perceived self-efficacy in fluid control behaviors could predict fluid control behaviors among CKD patients receiving hemodialysis treatment. If patients had an increase in level of perceived self-efficacy in fluid control behaviors, this would increase level of appropriate fluid restriction behavior. Therefore, nurses including other healthcare professionals, who take care of these patients, should have guidance for activity development or practice guideline to promote perceived self-efficacy in fluid control behaviors that suitable for each patient and also find financial resources to help patients in term of income. It is because those factors influence and support better patients fluid control behaviors.

2. Recommendations for further Research

2.1 There should be the development of activity or guideline to support the perceived self-efficacy in fluid control behavior that suitable for each patient in order to support better patients fluid control behaviors.

2.2 There should be additional study sites because this research were conducted at only one setting, which most of the patients used social security scheme and universal coverage scheme. It was limited in population characteristics.

รายการอ้างอิง

- กฤษณพงศ์ มโนธรรม และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (2545). Hemodialysis: Overview. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง , เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *Practical Dialysis* (หน้า 23-64). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชัน.
- กรวรรณ ปานแพ. (2553). *ประสบการณ์การมีอาหารเบื่้ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาหาร และ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกศกนก เข้มคง. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2542). ความผิดปกติในปัญหาทางโภชนาการในผู้ป่วย Chronic Hemodialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *Hemodialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชัน.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2540). หลักการควบคุมอาหารในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะเริ่มต้นและระยะปานกลาง. ใน ประเสริฐ ชนกจิจารย์, อุษณา ลูวิระ, วลัย อินทรมพรรย์, และยุพาพิน จุลโมกษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราโภชนบำบัดและโรคไต* (หน้า 115-126). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2537). ผลแทรกซ้อนระยะยาวของ Chronic hemodialysis ต่อระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบการหายใจ. ใน เกรียง ตั้งสง่า และคณะ (บรรณาธิการ), *ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* (หน้า 284-296). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- จิรรัตน์ แหบคงเหล็ก. (2543). *การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชมนาด สุ่มเงิน . (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชฎานิษฐ์ วงศ์จักร. (2544). *บริโภคนิสัยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพลิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, วาสนา อิ่มเอม, แก้ว วิฑูรเกียรติ, สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, และคณะ. (2547). *สุขภาพคนไทย 2547*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ครุณี คลรตันภัทร . (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไตรรัถย์ พิสิษฐ์กุล และ เกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1223-1264). กรุงเทพฯ: เท็กซัส แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- ถนอม สุภาพร. (2546). ความดันโลหิตตกขณะฟอกเลือด. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *การล้างไตในยุครพบ. หลักประกันสุขภาพ* (หน้า 83-90). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ถนอม สุภาพร. (2542). การเปลี่ยนแปลงต่อระบบโลหิตวิทยา การใช้ erythropoietin, iron therapy. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 663-690). กรุงเทพฯ: เท็กซัส แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). *ปัญหาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยและการป้องกัน*. ในทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD Prevention: Strategies and Practical Points* (หน้า 119-126). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 3,1-12.
- ธนวัฒน์ ไตรสุโขวงศ์ , (2543). Hemodialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1299-1347). กรุงเทพฯ: เท็กซัส แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.

- ชนันดา ตระการวานิช. (2542). การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อ และจิตเวชในผู้ป่วย Dialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 690-738). กรุงเทพฯ: เพ็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- ชนันดา ตระการวานิช, (2548). Acute Complication of hemodialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และ ชนันดา ตระการวานิช (บรรณาธิการ), *Practical Hemodialysis* (หน้า 341-380). กรุงเทพฯ: เพ็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์. (2548). การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทนาคำแก้ว. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังวิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุญศรี นุเกตุ. (2545). ความเครียดและการปรับตัวในผู้สูงอายุ ใน บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีภักดา, และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 203-220). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- เบญจวรรณ ละอองผล . (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2542). Therapy option for chronic renal failure dialysis therapy. ใน นิพนธ์ พวงวารินทร์ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ปริทัศน์* 2 (131-155). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยุวดี ฤาชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for windows. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- พงษ์ลดา นวชัย. (2544). ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- พรเทพ ลีลาสงวน และ วสันต์ สุเมธกุล. (2545). Hepatitis B and virus infection in dialysis patients. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 8(1), 75-84.

- พัชรารณ อารี, ลอ อตันติศิริพันธ์, นิลพรรณ รัตนศิริกพานิชย์, ศักดา พริงลำพู, พันทิพย์ จอมศรี . (2542). *ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของเด็กนักเรียน* . เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัฒน์ คัมทวิพร . (2550). ความไม่สมดุลของปริมาณน้ำในร่างกาย . ใน *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ* (หน้า 66-131). กรุงเทพฯ: ฮาซานุสะ กราฟิก.
- ยียศ อวิหิงสานนท์ และ เกรียง ตั้งสง่า, (2548). When to initiate replacement therapy: Theory vs. Real Life. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *Essential in chronic hemodialysis* (หน้า 1-14). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- วสันต์ สุเมธกุล. (2537). ผลแทรกซ้อนระยะสั้นของ hemodialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และคณะ (บรรณาธิการ), *ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* (หน้า 271-283). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- วรณู เกียรติพงษ์ถาวร. (2547). การพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุที่มีภาวะน้ำเกิน. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 131-138). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
- วิช เกษมทรัพย์, ยศ วัฒนานันท์ และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร . (2549). อุปสงค์ของการบริการทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า . *วารสารสมาคมโรคไต* , 2 (ฉบับผนวก), 50-67.
- วิชชุดา เจริญกิจการ. (2543). *การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). *โภชนาการสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง* . สงขลา: โรงพิมพ์ خانเมือง.
- ศิริธร สง่ากุล. (2549). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ เรืองชัย. (2546). ตะกริว คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ใช้หนวสัน การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว. ในทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *การล้างไตในยุครบ*. หลักประกันสุขภาพ (หน้า 92-99). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- โสภณ นภาพร. (2542). กลไกการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 1-35). กรุงเทพฯ: เทกซ์บุ๊คออฟพับลิเคชั่น.
- โสภณ นภาพร. (2542). การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจในผู้ป่วย Dialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 663-669). กรุงเทพฯ: เทกซ์บุ๊คออฟพับลิเคชั่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2548). *สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: อิงค์ ออน เปเปอร์.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2540). การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน *การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*: ผู้ดูแล. เชียงใหม่: ม.ป.ศ
- สมร ทองดี. (2545). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชามนุษย์กับสังคม สาขาวิชา ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช* (พิมพ์ครั้งที่ 13) (หน้า 41-92). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สิงห์โต มุกนันท และ ประเสริฐ ชนกิจจารุ. (2545). Assessment of nutritional status in chronic hemodialysis patients at Rajavithi hospital. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 8(1), 29-42.
- สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภ. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วย ซี เอ พี ดี*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุดารัตน์ สีน้าเงิน. (2549). รู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง. *วิจัยยุทธศาสตร์*, 35, 50-53.
- สุกร บุษปวนิช และ พงศ์ศักดิ์ ด่านเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 281-287.
- สุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์. (2546). ความดันโลหิตตกขณะฟอกเลือด. ในทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *การล้างไตในยุคพรบ. หลักประกันสุขภาพ* (หน้า 76-81). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย . (2550) *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- สุพัฒน์ วาณิชการ. (2539). Hemodialysis. ใน วิจิตร บุญพรคนาวิก, โสภณ พานิชพันธ์, สมชาย เอี่ยมอ่อง, วิวัฒน์ คปนิยโอฬาร, และ พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (บรรณาธิการ), *ตำราโรคไต* (หน้า 837-855). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

- เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2547). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . (2553). *คู่มือบริหารงบกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2553* (หน้า 25-35). กรุงเทพฯ.
- อรพินท์ กายโรจน์ (2542). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี .* ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อุบล จิพสมานบุญ. (2542). *การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abuelo, G. J. (1998). Large interdialytic weight gains: causes, consequences, and corrective measures. *Semina Dialysis*, 11, 25– 32.
- Adel, A., Hesham, E., Maged, E., Hayam, A., & Noha, K. (2005). Hyperphosphatemia among end-stage renal disease patients in developing countries: A forgotten issue?. *Hemodialysis International*, 9, 409-415.
- Baines, L. S. & Jindal, R. M. (2000). Non-compliance in patients receiving hemodialysis: an in-depth review. *Nephron*, 85, 1–7.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: W.H. Freeman and company.
- Beder, J., Mason, S., Johnstone, S., Callahan, M. B., & LeSage, L. (2003). Effectiveness of a social work psychoeducational program in improving adherence behavior associated with risk of CVD in ESRD patients. *Journal of Nephrology Social Work*, 22, 12-22.

- Bernard, C., (2007). Fluid balance, dry weight, and blood pressure in dialysis. *Hemodialysis International*, 11, 21–31.
- Bots, C. P., Brand, H. S., Veerman, E. C., Valentijn-Benz, M., & Amerongen, B. M. V. (2005). The management of xerostomia in patients on haemodialysis: comparison of artificial saliva and chewing gum. *Palliative Medicine*, 19, 202-207.
- Bots, C. P., Brand, H. S., Veerman, E. C., Valentijn-Benz, M., & Amerongen, B. M. V., & Valentijn, M. R., et al. (2004). Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. *Kidney International*, 66, 1662–1668.
- Brady, A.B., Tucker, M.C., Alfino, A.P., Tarrant, G.D., and Finlayson C.G. (1997). An Investigation of factors associated with fluid among hemodialysis patients: a self efficacy theory based approach. *Anna Behavior Med*, 19(4), 339-343.
- Casey, J., Johnson, V., & McClelland, P. (2002). Impact of stepped verbal and written reinforcement of fluid balance advice within an outpatient haemodialysis unit. *Nutrition and Dietetics*, 15, 43-47.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Wiebe, J. S., Ehlers, S. L., & Lawton, W. J. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, 21, 393-397.
- Curtin, B. R. & Mapes, L. D. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 135-139.
- Curtin, B. R., Mapes, D., Schatell D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in Patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389-395.
- Curtin, R.B., Svarstad, B.L., & Keller, T.H., (1999). Hemodialysis patients' noncompliance with oral medications. *Anna Behavior Med*, 26, 307-316.
- Curtin, R. B., Svarstad, B. L., Andress, D., Keller, T. & Sacksteder, P. (1997). Differences in older vs. younger hemodialysis patients' noncompliance with oral medication. *Geriatric Urology & Nephrology*, 7 (1), 35–44.

- Curtin, R. B., Schatell, C. D. & Chewning, A. B. (2004). Self-Management Knowledge and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 378-396.
- Deligiannis, A., Konidi, E., & Tourkantonis, A. (1999). Effects of physical training on heart rate variability in patients on hemodialysis. *American Journal Cardiology*, 84, 197-202.
- Dudek, S. G. (2001). *Nutrition essentials for nursing practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological nursing & healthy aging* (2nd ed.). St.Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Hsu CY, et al. (2009). Risk factors for end-stage renal disease. *Arch International Med*, 169, 342-350.
- Ifudu, O., Chan, E., Paul, H., Mayers, J. D., Cohen, L. S., & Bruezsnyak, W. F., et al. (1996). Anemia severity and missed dialysis treatments in erythropoietin-treated hemodialysis patients. *ASAIJ Journal*, 42, 146–149.
- Jacob, S., & Locking-Cusolito, H. (2004). Thirst distress and interdialytic weight gain: How do they relate?. *Journal of Canadian Association of Nephrology Nurses & Technicians*, 14, 33-37.
- Juan, M., Lo’Pez, G., Villaverde, M., Jofre, R., Rodriguez-Bben’itez, P., and P’erez -Garc’ia, R. (2005). Interdialytic weight gain as a marker of blood pressure, nutrition, and survival in hemodialysis patients, *Kidney International*, 67, 63–68.
- Kalanyar-Zadeh, K. (2007). Expanding the use of ECD kidneys. *Renal Urology News*, 1, 11-15.
- Kammerer, J. K., (2007). Adherence in patients on dialysis: Strategies for success *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479-485.
- Kimmel, L. P., Varela, P. M., Peterson, A. R., Weihs, L. K., Simmens, J. S., & Alleyne, S., et al. (2000). Interdialytic weight gain and survival in hemodialysis patients: Effects of duration of ESRD and diabetes mellitus. *Kidney International*, 57, 1141–1151.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., & Cruz, I., et al. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 245–254.

- Kugler, C., Vlaminc, H., Haverich, A., & Maes, B. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 25-29.
- Kutner, N. G. (2001), Improving compliance in dialysis patients: Dose anything work? *seminar in dialysis*, 14, 324-327
- Kutner, N. G., Zhang R., McClellan, W.M., & Cole, S.A. (2002), Psychosocial predictors of noncompliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dialysis Transplant*, 17(1), 93-99.
- Lee, S., & Molassiotis, A. (2001). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 695–704.
- Leggat, E. J., Jr. (2005). Adherence with dialysis: A focus on mortality risk. *Seminars in dialysis*, 18(2), 137–141.
- Leggat, J. E., Orzol, S. M., Hulbert-Shearon, T. E., Golper, T. A., Jones, C. A., & Held, P. J., et al. (1998). Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *American Journal Kidney Disease*, 32, 139–145.
- Leypoldt, J. K., Cheung, A. K., & Delmez, J. A., et al. (2002). Relationship between volume status and blood pressure during chronic hemodialysis. *Kidney International Journal*, 61, 266–275.
- Lindsay, M. R., Shulman, T., Prakash, S., Nesrallah, G., & Kiai, M., (2003). Hemodynamic and volume changes during hemodialysis. *Hemodialysis International Journal*, 7(3), 204-208.
- Locatelli, F., Marcelli, D. & Conte, F. (2000), Cardiovascular disease in chronic renal failure: the challenge continues. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15(3), 69–80.
- MacReady, N. (2008). The D&T Report. *Dialysis & Transplantation*, 37(10), 380-384.
- Maes, B., Jacobs, A. Reyntjens, S., & Evers, G. (2001). The dialysis diet and Fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice, *Journal of Clinical Nursing*, 10, 707-715.
- Mazzuchi, N., Carbonell, E., & Fernandez-Cean, J. (2000). Importance of blood pressure control in hemodialysis patient survival. *Kidney International*, 58, 2147–2154.

- McCarley, B. P., & Salai, B. P. (2005). Cardiovascular disease in chronic kidney disease. *American Journal of Nursing*, 105(4), 40-53.
- Mistiaen, P. (2001). Thirsty interdialytic weight gain and thirst-interventions in hemodialysis patients: A literature review. *Nephrology nursing journal*, 28(6), 601-615.
- Molaison, E. F., & Yadrick, M. K. (2003). Stages of change and fluid intake in dialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 49, 5-12.
- Newmann, J. M., & Litchfield, W. E. (2005). Adequacy of dialysis: the patient's role and patient concerns. *Seminar Nephrol*, 25, 112– 119.
- National Kidney Foundation. (2002). NKF-DOQI clinical practice guidelines for definition and classification of stages of chronic kidney disease. Guidelines 1, 2 and 3. (2002). *Amican Journal Kidney Disease*, 39(1), 46-75.
- Nonglak Methakanjanasak. (2005). Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis. Thesis (Doctor of Philosophy in Nursing), Chiang Mai University.
- Noriyuki, N., Wenjuan, L., Hideki, F., Toshio, T., Kenji, S. & Kozo, T. (2003). Multiple risk factor clustering and risk of hypertension in japanese male office workers. *Industrial Health*, 41, 327-331.
- Oka, M. & Chaboyer, W. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 431–439.
- Ong-ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsa, P., & Aeplakorn, W. (2009), Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *Biomedcentral Nephrology*, 10(35),1-6.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- Pang, S.-K., Ip, W.-Y. & Chang, A. M. (2001), Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 691–698.
- Pender, N.J. (1996). Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 115-122.
- Perneger, T.V., Whelton, P.K., & Klag, M.J. (1995). Race and end-stage renal disease. Socioeconomic status and access to health care as mediating factors. *Arch Intern Med*, 155(11),1201-1208.

- Phipps, W. J., Monahan, F. D., Sands, J. K., Marek, J. F., Neighbors, M., & Green, C. J. (2003). Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives (7th ed.). St.Louis: Mosby.
- Polit, D. F. (2008) . Nursing research: Principle and method. Philadelphia: Lippincott.
- Rahman, A., Fu, P., Sehgal, A. R. & Smitch, M. C. (2000). Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regime and age are independent pre-dictors of blood pressure in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 35, 257–265.
- Sagawa, M., Michiyo, O., & Wendy, C. (2003). The utility of cognitive behavioral therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 367-373.
- Sagawa, M., Oka, M., Chaboyer, W., Satoh, W., & Yamaguchi, M. (2001). Cognitive behavioral therapy for fluid control in hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, 28, 37-39.
- Savage, T., Fabbian, F., Giles, M., Tomson, C. R. V. & Raine, A. E. G. (2004). Thirst distress and interdialytic weight gain: How do they relate?. *Canadian Association of Nephrology nurses and technologists*, 14, 33-37.
- Schena, P. F. (2000), Epidemiology of end-stage renal disease: International comparisons of renal replacement therapy. *Kidney International*, 57, 39– 45.
- Sharp, J., Wild, R. M., Gumley, I. A. & Deighan, C. J. (2005). A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis. *American Journal Kidney Disease*, 45,15-27.
- Sharp, J., Wild, R. M., Gumley, I. A. & Deighan, C. J. (2005). A Cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: A randomized controlled trial. *American Journal Kidney Disease*, 45(6), 1046-1057.
- Spiegel, P. J., Michelis, M. F., Panagopoulos, G., DeVita, M., & Schwimmer, J. (2005). Reducing hospital utilization by hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, 34(3), 128-137.

- Stevenson, B. K., Adcox, J. M., Mallea, C. M., Narasimhan, N., & Wagnild, P. J. (2000). Standardized surveillance of hemodialysis vascular access infections: 18-month experience at an outpatient, multifacility hemodialysis center infection control and hospital. *Epidemiology*, 21(3), 200-203.
- Szczech, Y. A., Reddan, N. D., Klassen S. P., Coladonato, J., Chua, B., Lowrie, G. E., et al. (2003). Interactions between dialysis-related volume exposures, nutritional surrogates and mortality among ESRD patients. *Nephrol Dialysis Transplant*, 18, 1585–1591.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., & Sasaki, T., et al. (2003). Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 525-529.
- Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 370-375.
- Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). Self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis. *International Journal Nursing Study*, 39, 245-251.
- Welch, L. J. (2002). Development of the thirst distress scale. *Nephrology Nursing Journal*, 29(4), 337-342.
- Welch, L. J. (2001). Hemodialysis Patient Beliefs by Stage of Fluid Adherence. *Nursing & Health*, 24, 105-112.
- White, R. B. (2004). Adherence to the dialysis prescription: Partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 432-435.
- Zhang ,Q.-L., & Rothenbacher,D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population based studies: Systematic review.*BCM Public Health*, 8, 1-13.
- Zijlstra, H., Larsen K.J., Ridder, D. T. D., Geenen, R. & Ramshorst, V.B.,(2008). Initiation and maintenance of weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. The role of outcome expectation and Satisfaction. *Obesity surgery*, 19(6), 725-731.
- Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona E., Ben, T., Kakuk, G., et al. (2003). Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dialysis Transplant*, 18, 1869–1873.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบประเมินความคาดหวังผลลัพธ์ ต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ แบบ ประเมิน การรับรู้ สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำ และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. นายแพทย์ บุญธรรม จิระจันทร์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต
งานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
2. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงลิลา งามอาจุทธ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต
งานโรคไต กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณี ประสพกิตติคุณ
อาจารย์ประจำภาควิชากุมารศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางอิชณี พุทธิมนตรี
พยาบาลชำนาญการ
หัวหน้าแผนกไตเทียม มูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์
5. นางสาวอภัสรา อรัญวัฒน์
พยาบาลชำนาญการ
แผนกไตเทียม โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย, หย่า () 4. แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับ
5. อาชีพของท่านในปัจจุบัน
() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. นักเรียน/นักศึกษา () 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 4. เกษตรกรรม () 5. ค้าขาย () 6. รับจ้าง
() 7. ธุรกิจส่วนตัว () 8. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของท่านมาจากทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. ตัวท่าน () 2. สามี/ภรรยา () 3. บิดา/มารดา
() 4. บุตร และ/หลาน () 5. อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยของท่าน.....บาท /เดือน
8. รายได้ต่อเดือนเพียงพอหรือไม่
() 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ () 3. เพียงพอและมีเหลือเก็บ
9. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของท่าน
() 1. จ่ายเองทั้งหมด () 2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
() 3. ประกันสังคม () 4. สังคมสงเคราะห์/ช่วยเหลือ
() 5. เบิกต้นสังกัด () 6. อื่นๆ ระบุ.....
10. นอกจากโรคไตเรื้อรังท่านมีโรคประจำตัวอื่นหรือไม่
() 1. มี ระบุ..... () 2. ไม่มี ระบุ.....
11. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....ปี.....เดือน
12. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างรอบการฟอกเลือดในวันที่บันทึกข้อมูล..... กิโลกรัม
13. ระดับความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือดในวันที่บันทึกข้อมูล.....มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรมจำกัดน้ำ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในลักษณะที่คาดหวังถึงผลดีที่จะได้รับการกระทำพฤติกรรม จำกัดน้ำของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความดังกล่าวแล้ว พิจารณาว่า ท่านเห็นด้วยเพียงใด

โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านร่างกาย					
1. การดื่มน้ำสะอาด และคำนวณปริมาณน้ำที่ดื่งดื่มในแต่ละวัน จะช่วยป้องกันอันตรายจากอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ได้					
2. การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันจะช่วยให้ฉันสามารถคุม น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือ 3 กิโลกรัมต่อรอบของการฟอกเลือดได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
13. หากฉันสามารถคุม น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ไม่ให้เกิน 3 กิโลกรัมต่อรอบของการฟอกเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ฉัน ได้รับ คำชมจากบุคคลรอบข้าง เช่นแพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยคนอื่นๆ เป็นต้น					
15. หากฉันสามารถคุม น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ไม่ให้เกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือ 3 กิโลกรัมต่อรอบของการฟอกเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ฉันเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยคนอื่นๆ					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจำกัดน้ำ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับคำถามในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดน้ำของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความดังกล่าวแล้วพิจารณาว่า ท่าน ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวบ่อยครั้งเพียงใด

โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ข้อความ (ท่านได้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด)	ปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง หรือ 5-6 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติเป็น บางครั้งหรือ 3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
การจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง					
1. ฉันชั่งน้ำหนักตัวเองตอนเช้าหลังตื่นนอนหรือก่อนรับประทานอาหารเช้าเพื่อประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น					
2. หากฉันชั่งน้ำหนักตัวในตอนเช้าหลังตื่นนอนแล้วพบว่า มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน ฉันจะลดปริมาณน้ำ ดื่มนั้นลง					
.					
.					
21. ขณะรับประทานอาหาร หรือขณะปรุงอาหาร ฉันไม่เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส และซีอิ๊ว เป็นต้น					
22. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมอยู่มาก เช่น เครื่องปรุงน้ำจิ้ม อาหารตากแห้ง อาหารแช่แข็ง อาหารหมักดอง ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น					

ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

...อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจกัคน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของก ารวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวสาวิกา อร่ามเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 086-8880773 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดลถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายาอำเภอพุทธมณฑลจังหวัดนครปฐม73170 หมายเลขโทรศัพท์02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือลดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยละหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)/ วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)/ วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

คือ..... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)/ วันที่.....

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในคน



COA. No. MU-IRB 2011/098.2804

Certificate of Approval
Mahidol University Institutional Review Board (MU-IRB)

Title of Project. Factors Redicting Fluid Control Behavior in Chronic Kidney Disease
Patients Receiving Hemodialysis
(Thesis for Master Degree)

Principal Investigator. Miss Saviga Arammuang

Name of Institution. Faculty of Nursing

Approval includes. Annual Report version received date 27 April 2011

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Renewal (2nd). 28 April 2011

Date of Expiration. 27 April 2012

Signature of Chair.
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute.
(Professor Samsanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affair

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District,
Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวสาวิกา อร่ามเมือง

วัน เดือน ปีเกิด

4 มิถุนายน พ.ศ. 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ พ.ศ. 2543-2547

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2547-2549

พยาบาลประจำการ แผนกกุมาร 2

พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน

พยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วย 3

โทรศัพท์ 086-8888773

E-mail: aonloveni@hotmail.com