

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง

ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกุล* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ธีรณัฐ ทาน์รัตติชัย** Ph.D. (Nursing)

ศุภชัย จิตติอาชากุล*** พ.บ. (อายุรศาสตร์โรคไต)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล 2 แห่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 72 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันตามแนวคิดของซีเบิร์น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการดูแลร่วมกัน แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินการติดเชื้อของแผลช่องสายออก แผนการจัดกิจกรรมการดูแลร่วมกัน และคู่มือการดูแลร่วมกันสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่า และมีค่าเฉลี่ยของระดับอัลบูมินในเลือดมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกลดลงก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันสามารถเพิ่มการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัว ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลร่วมกัน ภาวะโภชนาการ การติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: hteeranu@tu.ac.th

***รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูงจากโรคแทรกซ้อน และการบำบัดรักษา ในประเทศไทยจึงได้กำหนดนโยบายให้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือซีเอพดี (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis [CAPD]) เป็นวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยจัดให้อยู่ในสิทธิขั้นพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 (ประทีป ณะกิจเจริญ, ชูชัย ศรีธานี, วัลลภ คชบก, และปราโมทย์ แยมพร้อม, 2551) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นจึงมีจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง) เพิ่มขึ้นอย่างมาก

จากข้อมูลเมื่อปีพ.ศ.2550 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีซีเอพดี มีเพียงร้อยละ 4.7 ต่อมาใน พ.ศ. 2551-2553 มีการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.8, 15.1, และ 25.6 ตามลำดับ (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ ประทีป ณะกิจเจริญ, และชูชัย ศรีธานี, 2555; ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556; Thai Nephrology Society of Thailand, 2011) การทำซีเอพดีเป็นการรักษาบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการล้างของเสียอยู่ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2549) โดยไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง และช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Chung, Noh, Ha, & Lee, 2009) ซึ่งพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีซีเอพดีและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่แตกต่างกัน (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการรักษาด้วยวิธีซีเอพดีได้แก่ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอและการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอเกิดจากการขาดพลังงานและโปรตีน ร้อยละ 30-50 และอยู่ใน

ระดับรุนแรง ร้อยละ 10 โดยเกิดจากก่อนการรักษาบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยมีภาวะของเสียในเลือดคั่งอยู่ก่อนแล้ว ทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อกำจัดอาหารและรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอ และจะดึงโปรตีนในร่างกายออกมาใช้แทน นอกจากนี้เมื่อเริ่มการรักษาด้วยวิธีซีเอพดี ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาล้างไตออกไปอีกประมาณ 5-15 กรัมต่อวัน (Fouque & Guebre-Egziabher, 2007) ส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและการรักษา ทั้งนี้ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้การรักษาล้มเหลว มีผลต่อการเสียชีวิตสูง และถ้าระดับอัลบูมินในเลือดยิ่งต่ำลงไป โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตก็จะยิ่งมากขึ้น หากระดับของอัลบูมินต่ำกว่า 3.7 กรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 43 ในขณะที่อัลบูมินที่มากกว่า 4.1 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีโอกาสเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 17 (Lkizler, Wingard, Harvell, Shyr, & Hakim, 1999) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับสารโปรตีนไม่เพียงพอจะทำให้มีการสลายโปรตีนออกจากกล้ามเนื้อจนทำให้เกิดกล้ามเนื้อลีบ และมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเช่นเดียวกัน (Carrero et al., 2008; Pongsukul et al., 2006) รวมทั้งการลดลงของอัลบูมินในเลือดจะทำให้การรักษาสมดุลของน้ำในหลอดเลือดลดลงส่งผลให้ประสิทธิภาพของการล้างไตลดลงตามมาด้วย (ทวี ศิริวงศ์, 2552)

สำหรับการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง มักเกิดจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยมีรายงานการติดเชื้อในช่องท้องจนต้องเอาสายล้างไตออกถึงร้อยละ 15.6 (Keshaviah, 1997) หรืออาจต้องยุติวิธีการรักษาและเปลี่ยนการทดแทนไตเป็นวิธีอื่น นอกจากนี้การติดเชื้อของแผลช่องสายออกยังมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ กล่าวคือ เมื่อมีการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกเกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายมีการสลายโปรตีนมากขึ้น ส่งผลทำให้โปรตีนในเลือดต่ำ และโปรตีนในเลือดที่ต่ำ

ยังส่งผลกระทบให้ร่างกายสร้างภูมิต้านทานโรคต่ำ อีกด้วย ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ต้องมีการรักษาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเป็นภาระดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

เมื่อผู้ป่วยต้องทำเอพิตี ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตจากเดิมทุก ๆ วันอย่างยาวนาน อาจทำให้เกิดความไม่พร้อมในหลายๆ ด้าน ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดตามมา สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคหัวใจที่มีการดูแลภายใต้การสนับสนุนจากครอบครัวเช่นเดียวกัน พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิตก่อให้เกิดความเครียดและอาการซึมเศร้ากับผู้ป่วยและครอบครัวตามมาได้ (Sebern, 2006) และจากผลการศึกษาพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ จะมีความกระตือรือร้นและแสดงความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะในช่วงแรกของการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไป อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวจะไม่ค่อยได้ให้ความสนใจดังเดิม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นการเพิ่มภาระให้กับคนในครอบครัว (รุ่งทิพย์ สีนวลแล, 2546; สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2545) ผู้ป่วยไม่ยากที่จะบอกเล่าถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน เพราะคิดว่าเป็นการรบกวน จึงมักมาพบแพทย์ด้วยอาการที่รุนแรงซับซ้อน

สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ถูกตำหนิจากบุคลากรทางการแพทย์ ต้องลาหยุดงาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเป็นต้น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากต่างคนต่างรู้สึกถึงภาระที่ต้องเผชิญความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยซีเอฟอีตีมีสุขภาพที่ดี

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลงานโรคไตและไตเทียม พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธีซีเอฟอีตีเพิ่มสูงขึ้นและยังคงมีภาวะแทรกซ้อน ในเรื่องภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ มีการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกจำนวนมาก จึงอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยซีเอฟอีตีในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการให้ความรู้คำแนะนำ การสอนแนวทางการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ส่งเสริมการดูแลร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ป่วยซีเอฟอีตี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยซีเอฟอีตีและครอบครัว การรับประทานอาหารให้ได้พลังงานและโปรตีนที่เพียงพอ และการดูแลแผลช่องสายออกไม่ให้เกิดการติดเชื้อ โดยใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีซีเอฟอีตีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยซีเอฟอีตี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะโภชนาการในผู้ป่วยซีเอฟอีตี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ในผู้ป่วยซีเอฟอีตีก่อนและหลังได้รับ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง

โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ ได้แก่ การสื่อสาร (communication) การตัดสินใจ (decision-making) และการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (reciprocity) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลที่ถูกต้อง และผู้ที่ให้การดูแลรวมถึงตัวผู้ป่วยเองต้องตระหนักถึงความสำคัญ เนื่องจากมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยครอบครัวตลอดจนบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้องพยายามที่จะเรียนรู้ เพื่อให้สามารถปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบอกเล่าปัญหา การตัดสินใจในการปฏิบัติ และการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ของผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการดูแลสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมของการรักษาด้วยวิธีซีเอพีดีร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง ยอมรับข้อจำกัดของการรักษาซีเอพีดีได้โดยปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยซีเอพีดีและครอบครัวสามารถเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการรักษาให้สอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต โดยที่ไม่รู้สึกว่าเวลาทั้งหมดถูกใช้ไปกับการรักษาและการควบคุมโรค

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะโภชนาการและการติดเชื้อที่แผล

ช่องสายออกได้ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไต เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีซีเอพีดี การปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูแลแผลช่องสายออก 3) ฝึกทักษะผู้ป่วยและครอบครัวในการคำนวณพลังงานและโปรตีน การจัดรายการอาหารประจำวัน การบันทึกรายการอาหาร การประเมินและการทำงานแผลช่องสายออก 4) วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 6) ตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้น 7) ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับโปรตีนและพลังงานในปริมาณที่เพียงพอ ทำให้มีระดับอัลบูมินในเลือดสูงขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการไม่เพียงพอลดลง และมีลักษณะของแผลช่องทางออกที่สมบูรณ์ไม่เกิดการติดเชื้อ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลร่วมกัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของกลุ่มทดลอง มากกว่า คะแนนก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 8 น้อยกว่า ก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระดับอัลบูมินในเลือด ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่า ก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. คะแนนเฉลี่ยการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 น้อยกว่า ก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำ ก่อนและหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม (pre-post repeated measure design with control group)

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาด้วยวิธีซีเอพีตีแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกประชากรด้วยการสุ่มสัปดาห์ ผลการสุ่มได้สัปดาห์คู่ เป็นกลุ่มทดลอง และสัปดาห์คี่เป็นกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุมากกว่า 15 ปี 2) เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีซีเอพีตีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 3) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องโดยมีการแลกเปลี่ยนน้ำยาอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน 4) สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร 5)

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานของโปรแกรม

กิจกรรม	ระยะเวลา
สัปดาห์ที่ 1	1 ชั่วโมง 30 นาที
1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไต การรักษาด้วยวิธีซีเอฟดี ความสำคัญของการดูแลร่วมกัน เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการดูแลแผลช่องสายออก 2. ฝึกทักษะการคำนวณพลังงานและโปรตีน การจัดแบ่งสัดส่วนอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน จัดเมนูอาหารประจำวัน การบันทึกการรับประทานอาหาร (food intake record) และการดูแลช่องสายออก 3. ส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาข้อมูล กระตุ้นให้มีการวางแผน และแก้ปัญหาร่วมกัน สังเกตวิธีการดูแลร่วมกัน ความเอาใจใส่ เห็นใจ และรับฟังซึ่งกันและกัน	
สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 (ติดตามทางโทรศัพท์)	20 นาที
1. สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำ ปรีกษา 2. ให้กำลังใจในการปฏิบัติ	
สัปดาห์ที่ 4	1 ชั่วโมง
1. ประเมินผลการดูแลร่วมกัน และติดเช็ช่องสายออก 2. ทบทวนความรู้การดูแลร่วมกัน เรื่องภาวะโภชนาการและการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก 3. สอบถามปัญหา สาธิต และฝึกเพิ่มเติม	
สัปดาห์ที่ 8	20 นาที
1. ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมตามแบบประเมิน 2. เน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและให้กำลังใจ	

มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลเดียวกันตลอดการศึกษา และ 6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความยินดีและเต็มใจที่จะร่วมในการศึกษา เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะติดเชื้ทางช่องท้องหรือกำลังอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาในระหว่างดำเนินการศึกษา มีการปรับแผนการรักษา ร่วมกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือได้รับการปลูกถ่ายไต 2) มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง จนถึงสัปดาห์โปรแกรมการศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่า β (power of analysis) = .80, α (level of significant) = .05 จากนั้นเปิดตาราง (power table) สำเร็จรูป (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยเท่ากับ 72 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และทุกคนเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกครั้ง

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นรูปแบบกิจกรรมการดูแลร่วมกันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของซีเบิร์น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนการดูแลร่วมกัน ร่วมฝึกทักษะในการประเมินภาวะโภชนาการและการคำนวณพลังงาน การประเมินแผลช่องสายออก และใช้คู่มือการดูแลร่วมกัน เรื่องการรับประทานอาหารและการดูแลแผลช่องสายออก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมการร่วมคิดและร่วมกันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสัมพันธภาพความเอื้ออาทร และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 4-10 คู่ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

2. คู่มือ “การดูแลร่วมกัน เรื่องการรับประทานอาหารและการดูแลแผลช่องสายออก” จัดทำโดยผู้วิจัย ซึ่งเนื้อหา เน้นการรับประทานอาหารโปรตีนและพลังงานให้เพียงพอ และการป้องกันการติดเชื้อของแผลช่องสายออก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคไต 3 ท่าน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซีเอฟดี ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีซีเอฟดี

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของผู้ดูแล ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซีเอฟดี โรคประจำตัวของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยซีเอฟดี

3. แบบประเมินการดูแลร่วมกัน (Shared Care Instrument-3: SCI-3) พัฒนาโดยซีเบิร์น (Sebern, 2005) แยกแบบประเมินเป็น 2 ส่วน คือ แบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ดูแลและแบบประเมินที่ใช้สำหรับครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ลักษณะคำถามแยกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร (communication) 2) การตัดสินใจ (decision-making) และ 3) การมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (reciprocity) โดยแยกประเมินในแต่ละมิติ และประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้ 1) การสื่อสาร มีข้อคำถาม 5 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 5-30 คะแนน 2) การตัดสินใจ มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 6-36 คะแนน และ 3) การมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีข้อคำถาม 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 8-48 คะแนน คำถามรวมทั้งหมด 19 ข้อ มีมาตรการวัดเป็นแบบลิเกิร์ต

คะแนนการดูแลร่วมกันในแต่ละข้อเท่ากับ 1-6 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือ (มีการดูแลร่วมกันต่ำ) 6 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือมากที่สุด (มีการดูแลร่วมกันสูง) ยกเว้นในมิติด้านการสื่อสาร การให้คะแนนเป็นแบบย้อนกลับ คือ 1 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือ (มีการดูแลร่วมกันสูง) 6 คะแนน หมายถึง ไม่มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือ (มีการดูแลร่วมกันต่ำ) แบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยวิธีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (translation) และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผู้ที่มีความรู้ ความ

สามารถด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้การใช้เครื่องมือได้รับอนุญาตจากซีเบิร์นและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่

4.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition Alert Form) พัฒนาขึ้นโดยสุรัตน์ โคมินทร์ และคณะ (Komindr, Tangserniwong, & Janepanish, 2013) เป็นแบบประเมิน เพื่อดูความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 6-10 คะแนน หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับในการใช้ประเมินและคัดกรองภาวะโภชนาการในประเทศไทย (กวีศักดิ์ จิตวัฒนรัตน์, คัดนางค์ โตสงวน, และอุษา ฉายเกร็ดแก้ว, 2556)

4.2 เครื่องมือตรวจระดับอัลบูมินในเลือด ใช้เครื่องมือของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยเจ้าหน้าที่ของบริษัทยุททุก 3 เดือน มีหน่วยเป็นกรัมต่อเดซิลิตร

5. แบบประเมินการติดเชื้อของแผลช่องสายออก (Exit Site Form) พัฒนาขึ้นโดยวาร์โดสกีร์ และโปรวอนท์ (Twardowski & Prowant, 1996) เป็นแบบประเมินเพื่อดูอาการและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในลักษณะ 5 มิติ ได้แก่ 1) การบวม (swelling) 2) การมีสะเก็ดน้ำเหลือง (crust) 3) อาการแดง (redness) 4) อาการปวด (pain) และ 5) การมีสิ่งคัดหลั่ง (drainage) โดยกำหนดคะแนนในแต่ละมิติ ตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนรวม

สูงสุด คือ 10 คะแนน การแปลผล คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีการติดเชื้อ คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง อาจมีการติดเชื้อ ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีการติดเชื้อหรือถ้ามีสิ่งคัดหลั่งที่เป็นหนอง แม้จะมีคะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน ก็ให้ถือว่ามีการติดเชื้อ แบบประเมินการติดเชื้อของแผลช่องสายออกนี้ มีความไวอยู่ที่ร้อยละ 90 และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 97 (วรพจน์ เตรียมตระการผล, นลินี สายประเสริฐกิจ, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, และอัมพร สกุลแสงประภา, 2556) เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาความเที่ยง ในการวัด (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและอายุรแพทย์โรคไต ได้ผลเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมในงานวิจัยนี้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วม หรือออกจากกรวิจัย ได้ตลอดเวลา ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงชื่อในใบยินยอม ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติการบรรยายแบบแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก โดยใช้สถิติ

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**

วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และระดับอัลบูมินในเลือด โดยใช้สถิติที (independent sample t-test)

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวน 72 ราย เพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และ 48.6 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 53.93 ปี (SD = 14.14) โดยอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.8 รองลงมาอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.3 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย เท่ากับ 61.69 กิโลกรัม SD = 14.09 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.35 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 3.85) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.1 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.8 รายได้ไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 67.1 มีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 97.2 และระยะเวลาในการรักษาด้วยซีเอฟดีอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.7)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวจำนวน 72 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.6 เป็นคู่สามี-ภรรยา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 39.7 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.2 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 30.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.89 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.11 คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากัน ร้อยละ 18.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.2 และโรคอื่นๆ ได้แก่ ภูมิแพ้ หอบ และมะเร็ง (ร้อยละ 13.7) บางรายมีโรคประจำตัว

มากกว่า 1 โรค เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซีเอฟดีและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square และ independent t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ ได้มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ การดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว โดยจำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านการสื่อสาร เท่ากับ 3.92 และ 3.94 ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 5.15 และ 4.9 ด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน เท่ากับ 5.26 และ 5.05 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และระดับอัลบูมิน ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 8 และ 7.03 และระดับอัลบูมินของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.25 และ 2.9 ตามลำดับ คะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.6 และ .44 พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ผลลัพธ์ตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1) โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ทำให้การดูแลร่วมกันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการสื่อสาร ($F = 51.92, p < .001$) ด้านการตัดสินใจ ($F = 12.28, p < .01$) และด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ($F = 28.96, p < .001$) ส่วนระยะเวลาส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการดูแลร่วมกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งวิธีการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวและช่วงเวลาของการดูแลร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนดูแลร่วมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ (N = 72)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	41.26	1	41.26	51.92	< .001
ความคลาดเคลื่อน	56.62	70	.795		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	25.11	1.05	23.92	57.67	< .001
เวลา*กลุ่ม	18.60	1.05	17.72	42.72	< .001
ความคลาดเคลื่อน	30.48	73.48	.41		
คะแนนการดูแลร่วมกันด้านการตัดสินใจ					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1.79	1	1.79	12.28	.001
ความคลาดเคลื่อน	10.21	70	.15		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	.61	1.13	.54	10.06	.001
เวลา*กลุ่ม	.61	1.13	.55	10.19	.001
ความคลาดเคลื่อน	4.22	78.76	.54		
คะแนนการดูแลร่วมกันด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1.59	1	1.59	28.96	< .001
ความคลาดเคลื่อน	3.83	70	.05		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	.59	1.17	.51	21.72	< .001
เวลา*กลุ่ม	.47	1.17	.40	17.15	< .001
ความคลาดเคลื่อน	.48	70	.02		

หมายเหตุ : SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

เมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparisons) โดยใช้สถิติ Bonferroni correction เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลร่วมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกัน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเพิ่มขึ้นของการดูแลร่วมกันในระหว่างช่วงสัปดาห์ที่ 4 ถึง 8 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงทุกช่วงเวลาตามที่กล่าวมา (ตารางที่ 3)

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ (N = 72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{d}$	SE	$\bar{d}$	SE
การดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	1.33***	.18	.07	.03
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	1.31***	.18	.02	.02
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.022	.01	.07	.03
การดูแลร่วมกันด้านการตัดสินใจ				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	.24**	.18	.005	.02
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.26**	.18	.01	.01
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.23	.02	.01	.97
การดูแลร่วมกันด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	.22***	.04	.01	.01
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.25***	.05	.01	.01
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.03	.01	.01	.01

p < .01, *p < .001, $\bar{d}$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย, SE = standard error

2) ภาวะโภชนาการ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ มีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือด มากกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการและระดับอัลบูมินในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ	6.64	2.71	9.06	4.14	-2.93	.005
ระดับอัลบูมินในเลือด	3.25	.55	2.90	.57	2.61	.011

2) การติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ไม่มีผลต่อการลดลงของการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .42, p > .05$) ส่วนระยะเวลาส่งผลต่อการลดลงของการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวและช่วงเวลา ไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ (N = 72)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนของการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	.37	1	.37	.42	.515
ความคลาดเคลื่อน	61.18	70	.87		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	5.95	1.738	3.43	28.71	< .001
เวลา*กลุ่ม	.17	1	.17	1.28	.383
ความคลาดเคลื่อน	14.52	121.69	.12		

เมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparisons) โดยใช้สถิติ Bonferroni correction เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการติด

เชื้อที่แผลช่องสายออกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าภายหลังได้รับการดูแลตามปกติในสัปดาห์ที่ 8 มีค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{d}$	SE	$\bar{d}$	SE
การติดเชื้อที่แผลช่องสายออก				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	-.31*	.08	-.19	.08
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	-.47***	.09	-.33**	.08
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์-หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	.17	.06	.14	.06

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, $\bar{d}$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลร่วมกันสามารถเพิ่มการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด และลดความเสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ การที่กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุม และมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง**

อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการอธิบายให้เข้าใจ ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการปฏิบัติดูแลร่วมกัน มีการสร้างความเข้าใจในเรื่องของการสื่อสาร การบอกเล่าอาการสำคัญที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถให้การช่วยเหลือกันได้อย่างถูกต้อง ลดความไม่สบายใจจากการรักษา นอกจากนี้การจัดกิจกรรมแบบเป็นกลุ่มจะมีการจัดเป็นคู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล สามารถช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจกันในปัญหาและสิ่งที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยซีเอพีดีและครอบครัวมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการดูแลร่วมกันทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยการใช้คำถามปลายเปิด สังเกตการมีส่วนร่วม และการดูแลเอาใจใส่ขณะทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการดูแลร่วมกันมากขึ้น โดยใช้พื้นฐานความรักความเข้าใจการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และความผูกพันของคนในครอบครัวเดียวกัน นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลที่ถูกต้อง เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจงจิต บุญอินทร์ (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่ามีการดูแลสุขภาพเท้าดีขึ้น และมีพฤติกรรมในการดูแลร่วมกันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของซีเบิร์น (Sebern, 1996) เรื่องผลการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ที่พบว่า การดูแลร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

และการตอบสนองต่อการดูแลดีขึ้น ลดความรุนแรงที่คุกคามสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

นอกจากนี้ การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของกลุ่มทดลองมีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น โดยสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเข้าใจจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันได้ดี ภายใต้ความสัมพันธ์นี้ ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลร่วมกันตามแนวคิดการดูแลร่วมกันของซีเบิร์น ให้ครอบครัวคลุมทุกด้าน จึงมีความจำเป็นเนื่องจากการสื่อสาร การตัดสินใจ และการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็อยู่แล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจาก หากครอบครัวไม่เข้าใจ จะรู้สึกเป็นภาระ เป็นอุปสรรคในการดูแล และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

การที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว เช่น ความรัก ความเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ มีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ไม่รู้สึกเป็นภาระพร้อมที่จะบอกเล่าและรับฟังเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องและไม่รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จะมีความสามารถในการประเมินและแก้ไขสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกันได้ นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นผู้ที่คอยช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2531) ศึกษาถึงผลของการเตรียมครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผลของการเตรียมครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นครอบครัวจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญกับผู้ป่วยซีเอพีดีอย่างยิ่ง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลร่วมกันที่ดีมากขึ้น

การที่กลุ่มควบคุม มีการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา อาจเนื่องมาจากการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มากพอ การที่กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในสัปดาห์ที่ 8 น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันที่มีการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจในการปฏิบัติมากขึ้น มีความมั่นใจและทำกิจกรรมดูแลด้านการรับประทานอาหารด้วยกัน มีการสอบถามถึงความต้องการซึ่งกันและกัน การจัดเมนูอาหารประจำวันให้ได้รับโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอ สามารถร่วมกันเลือกรายการอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน หรือดัดแปลงเมนูอาหารได้

การที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับคู่มือการดูแลร่วมกันเรื่องการรับประทานอาหารที่มีตัวอย่งการคำนวณโปรตีนและพลังงาน หลักในการเลือกอาหาร หมวดยอาหารแลกเปลี่ยน ตัวอย่างเมนูแนะนำสำหรับผู้ป่วยซีเอฟที มีการกำหนดโปรตีนและพลังงานที่ได้รับจากเมนู พร้อมทั้งบอกส่วนผสมของอาหารและวิธีทำอย่างชัดเจน ทั้งนี้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันเลือกเมนูอาหารที่ต้องการอย่างน้อย 1 มื้อต่อวัน รวมถึงมีการร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัวอย่างน้อย 1 มื้อต่อวัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้นำไปปฏิบัติตาม ผู้ป่วยจึงได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอมากขึ้น มีความอยากรับประทานอาหารมากขึ้น จากความคิดเห็นว่าต้องรับประทานอาหารแต่ไขต้ม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธัญญา กลับลเจริญ (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร แรงสนับสนุนของครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร และแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .01$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันในการศึกษาค้างนี้ มีการโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ตามตารางนัดหมาย เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยเพิ่มเติม และติดตามบันทึกการรายการอาหาร (food intake record) ประเมินพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับว่าเพียงพอหรือไม่ ช่วยให้การให้คำปรึกษาแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลองมีความเข้าใจในการปฏิบัติมากขึ้น มีความกระตือรือร้นที่จะดูแลร่วมกันด้านอาหาร และตระหนักในเรื่องการรับประทานอาหารให้ได้เพียงพอตามที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้ซึ่งผลการตรวจสอบบันทึกการรายการอาหารที่รับประทาน พบว่าโดยส่วนใหญ่ มีการจดบันทึกได้ถูกต้อง แต่ปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยรับประทานได้ ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่ควรได้รับในแต่ละวัน แม้จะรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาที่ต้องดูแลแก้ไขร่วมกัน เช่น เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง เป็นต้น จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการโปรตีนประมาณ 52-110 กรัมต่อวัน และมีความต้องการพลังงานที่ 1,200-2,900 แคลอรีต่อวัน

การที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดในสัปดาห์ที่ 8 น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมมีการสูญเสียโปรตีนไปในขั้นตอนของการเปลี่ยนน้ำยาซีเอฟที มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเดิม ทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งสารอาหารที่เพียงพอ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของนงคันทน์ สุวรรณเพชร (2553) เรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซีเอฟดี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าต้องรับประทานไข่ขาวให้ได้ตามแผนการรักษา และต้องจำกัดเกลือรสชาติของอาหารจึงค่อนข้างจืด ในขณะที่ไข่ขาวก็มีกลิ่นคาว ทำให้เบื่อ ไม่อยากรับประทาน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ในระยะยาว จะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และระดับอัลบูมินในเลือดลดลงเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การดูแลตามปกติอาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวและการมีภาวะโภชนาการที่ดีได้

การที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อาจเนื่องจาก 1) กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและการดูแลจากพยาบาลประจำการตามปกติ 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีคะแนนการติดเชื้อที่มีค่าต่ำกว่า 4 คะแนน ซึ่งหมายถึงไม่มีการติดเชื้อ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจมีความไวไม่เพียงพอในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาสั้นๆ ได้ จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยซีเอฟดีควรมีการนำโปรแกรมการดูแลร่วมกันไปใช้กับผู้ป่วยซีเอฟดีและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลร่วมกัน และเพิ่มภาวะโภชนาการให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแล หรือที่มีผู้ดูแลอยู่แล้ว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี 2557 สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กวีศักดิ์จิตวัฒนรัตน์, คัดนางค์โตสงวน, และอุษา ฉายเกล็ดแก้ว. (2556). รายงานการศึกษาช่องว่างของการวินิจฉัยและการรักษาภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาล. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITP).
- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. (2551). ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บก.), *Textbook of peritoneal dialysis* (หน้า 54). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น
- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ประทีป ธนกิจเจริญ, และชูชัย ศรีธานี. (2555). *Thailand renal replacement therapy (TRT) registry report year 2010*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- จงจิต บุญอินทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). ข้อมูลการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 6 มกราคม 2556, จาก <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx>
- ทวี ศิริวงศ์. (2552). Lessons on PD from Srinagarind experience. ใน ชลธิป พงศ์สกุล และทวี ศิริวงศ์ (บก.), *Practical nephrology 2009*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงคันทน์ สุวรรณเพชร. (2553). การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ประทีป ธนกิจเจริญ, ชูชัย ศรีธานี, วัลลภ คชบก, และปราโมทย์ เข้มพร้อม. (2551). Development of CAPD first policy in Thailand. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บก.), *Textbook of peritoneal dialysis* (หน้า 19-24). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- รุ่งทิพย์ สีนวลแล. (2546). การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วราภรณ์ เจริญมตรการผล, นลินี สายประเสริฐกิจ, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, และอัมพร สกุลแสงประภา. (2556). Exit site and tunnel infection: What's new? ใน เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บก.), *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง ในพระสังฆราชูปถัมภ์* (หน้า 85). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ศิริธัญญา กลับเจริญ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร แรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ลิมอำนวยลาม. (2545). การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซีเอฟดีที่บ้าน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 99-110.
- สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2531). ผลของการเตรียมครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. (2549). Renal replacement therapy. *วารสารสมาคมโรคไต*, 12(2), 77-90.
- Carrero, J. J., Chmielewski, M., Axelsson, J., Snaedal, S., Heimbürger, O., Bárány, P., et al. (2008). Muscle atrophy: Inflammation and clinical outcome in incident and prevalent dialysis patients. *Clinical Nutrition*, 27(4), 557-564.
- Chung, S. H., Noh, H., Ha, H., & Lee, H. B. (2009). Optimal use of peritoneal dialysis in patients with diabetes. *Peritoneal Dialysis International*, 29 (Suppl 2), 132-134.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Fouque, D., & Guebre-Egziabher, F. (2007). An update on nutrition in chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 39(1), 239-246.
- Lkizler, T. A., Wingard, R. L., Harvell, J., Shyr, Y., & Hakim, R. M. (1999). Association of morbidity with markers of nutrition and in inflammation in chronic hemodialysis patients: A prospective study. *Kidney International*, 55(5), 1945-1951.
- Keshaviah, P. (1997). Establishing kinetic guidelines for peritoneal dialysis modality selection. *Peritoneal Dialysis International*; 17(Suppl 3), S53-S57.
- Komindr, S., Tangsermwong, M. T., & Janepanish, P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pacific Journal Clinical Nutrition*, 22(4), 516-521.
- Pongskul, C., Sirivongs, D., Keobounma, T., Chunlertrith, D., Promajuk, P., & Limwatananon, C. (2006). Survival and technical failure in a large cohort of Thai CAPD patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(2), 98-105.
- Sebern, M. (1996). Explication of the construct of shared care and the prevention of pressure ulcers in home health care. *Nursing Faculty Research and Publications*, 6(5), 80-95.
- Sebern, M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179.
- Sebern, M. (2006). *Effects of shared care on family care*. Paper presented at the Midwest Nursing Research Society, University of Wisconsin-Milwaukee.
- Thai Nephrology Society of Thailand. (2011). *Thailand renal replacement therapy registry report*. Retrieved March 10, 2013, from <http://www.nephrothai.org/trt/trt.asp>
- Twardowski, Z. J., & Prowant, B. F. (1996). Recommendations for exit care: Peritoneal catheter exit-site morphology and pathology. *Peritoneal Dialysis International*, 16(3), 94-99.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว
ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง

The Effect of a Shared Care–Promoting Program on Shared Care, Nutritional Status and, Exit Site Infection among Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients

Sasipim Pairojkitrakul* M.S. (Nursing)

Teeranut Harnirattisai** Ph.D (Nursing)

Supachai Thitiarchakul*** M.D. (Medicine)

Abstract: This a quasi-experimental research design aimed to evaluate the effects of a shared care-promoting program for patients and families on shared care, nutritional status, and exit site infection among Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) patients. A total of 72 persons with CAPD attending a nephrology clinic that met the inclusion criteria were studied. The study was conducted at two hospitals from January to April, 2014. The experimental group received the shared care-promoting program, design based on Sebern's shared care model by the investigators, whereas the control group received usual care by the nursing staff. The instruments used were the Demographic Questionnaire, the Shared Care Instrument (SCI), the Nutrition Alert Form (NAF), Serum albumin level, an Exit Site Assessment Form, a shared plan, and a shared care handbook for CAPD patients. Data were analyzed using descriptive statistics, independent sample t-test, and repeated measures ANOVA. The findings showed that the experimental group had significantly increased their mean score on shared care regarding communication, decision making, and reciprocity at 4 and 8 weeks after the shared care-promoting program. The experimental group also had a higher mean score on serum albumin level and a lower mean score on nutrition alert at 8 weeks than those of the control group and before starting the program. The experimental group decreased its mean score on exit site infection at 4 and 8 weeks more than those of the control group non-significantly, however, both of them exhibited a significantly decrease in the mean score on exit site infection at 4 and 8 weeks. These results demonstrated that a shared care-promoting program can increase shared care score, decrease the Nutrition Alert Form score, and increase the serum albumin level. Nurses and healthcare teams can apply this program to promote shared care between patients and their families.

Keywords: Shared care-promoting program, Nutritional status, Exit site infection, Continuous ambulatory peritoneal dialysis patients

*Professional Nurse, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Thammasat Hospital; and Master's Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Thammasat University

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, E-mail: hteeranu@tu.ac.th

***Associate Professor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University