

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ปัจจุบันมีประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 249,088 ราย เป็น 325,313 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 302.60 เป็น 419.95 ต่อประชากรล้านคนหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.7 ภายใน 1 ปี (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2552) นอกจากนี้มีการคัดกรองพบประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ประมาณ 7 ล้านคนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 (Ingsathit, Thakkinstian, & Chaiprasert, 2010) จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จะทำให้ไตค่อย ๆ เสื่อมลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จึงคาดว่าในปี พ.ศ. 2560 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจเพิ่มขึ้นหลายหมื่นล้านบาท (วรวรรณ ชัยลิมนนตรี, 2553) จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจโดยด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะที่ 1-2 จะมีของเสียบางส่วนค้างคั่งอยู่ในร่างกาย แต่จะไม่พบอาการแสดง (Bargman & Skorecki, 2010) เนื่องจากหน่วยไตส่วนที่เหลือมีการปรับตัวเพื่อทดแทนการทำงานของหน่วยไตส่วนที่เสียไป จนกระทั่งเข้าสู่ระยะที่ 3-4 จะเริ่มพบอาการแทรกซ้อน (Mobley, 2009) เกิดภาวะยูรีเมีย มีการคั่งของของเสียในร่างกาย การเสียสมดุลกรดด่างและน้ำ บวม ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ชีด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ชาปลายมือปลายเท้า สีผิวเปลี่ยนแปลง (พรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2551) และรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 ผู้ป่วยจะมีภาวะหายใจเหนื่อย หอบ การทำงานของหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เกิดอาการซึม สับสน เกร็ง กระตุก และหมดสติ (ปวีณา สุสันจิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดอาการเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (แสงระวี มณีนศรี, 2553) จากอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรงของโรค ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ทำให้ไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างชัดเจน (Mishel & Braden, 1988 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545)

ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรค ในระยะที่ 1-2 อัตราการกรองของไตจะมากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะได้รับ การรักษาด้วยการควบคุมอาหารและน้ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ส่วนระยะที่ 3-4 อัตราการกรองของไตเท่ากับ 15-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการควบคุมอาหารและน้ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และในระยะที่ 5 อัตราการกรองจะเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ร่วมกับได้รับยาและควบคุมอาหารเพื่อลดการคั่งของของเสียและน้ำในร่างกาย (ไตรลักษ์ณ์ พิธิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ปวีณา สุตัญจิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย การชะลอการเสื่อมของไตจะช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตช้าลง ทำให้ยืดระยะเวลาความทรمان ความไม่สบายกายสบายใจในการฟอกเลือด และจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้มากขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2553)

วิธีชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ที่สำคัญได้แก่การควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และการจำกัดอาหารโปรตีน การควบคุมความดันโลหิตทำได้ทั้งการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และการจำกัดอาหารที่มีโซเดียม จะช่วยลดการคั่งของน้ำในร่างกาย (ปวีณา สุตัญจิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; พรพรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2551) อาหารที่มีรสเค็ม อาหารทะเล อาหารที่ถูกปรุงแต่ง ซอส น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำมันหอย และผงปรุงรส จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น มีผลให้ร่างกายมีโซเดียมสูง ผู้ป่วยรับประทานน้ำมากขึ้นเพื่อปรับความสมดุลของร่างกาย ทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากยิ่งขึ้น ความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงควรบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การลดเกลือลง 1 กรัมต่อวันจะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ถึง 1-3 มิลลิเมตรปรอท และถ้าลดได้ถึง 3 กรัมต่อวันอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ถึง 3-9 มิลลิเมตรปรอท (เกรียง ตั้งสง่า, 2554) จากการศึกษาของ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 135.03 เป็น 119.6 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 79.79 เป็น 74.10 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนการจำกัดอาหารโปรตีนนั้น มีการศึกษาพบว่าอาหารที่มีโปรตีนสูงมีผลต่อการเสื่อมของไต ทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น เกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้น ผู้ป่วยจึงควรบริโภคสารอาหารโปรตีนต่ำกว่าคนปกติ (อุปลัมภ์ สุกสินธุ์, 2554) โดยรับประทานอาหารโปรตีน 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน เน้นโปรตีนที่มีคุณภาพดี เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ และไข่ขาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis Cochrane Reviews งานวิจัยต่าง ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2547 สรุปว่าการบริโภคอาหารโปรตีนต่ำ 0.61 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน สามารถลดอัตราการตาย และการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตได้ถึงร้อยละ 31 (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2550) และพบว่าการจำกัดอาหารโปรตีนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตช้าลง 12 เดือน (Locatelli, Vecchio, & Pozzoni, 2005) การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จำพวกอาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน จะทำให้ระดับ LDL ในเลือดสูง ส่งผลต่อหลอดเลือดในร่างกายทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง และเกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial cell มีผลให้ไตเสื่อมเร็วมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีขบวนการเผาผลาญไขมันผิดปกติ (ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) ควรควบคุมระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี ให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) งดการสูบบุหรี่ ลดอาหารหวานมัน จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เมื่อการดำเนินโรคนาน 5 ปี (ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การควบคุมความดันโลหิต และการจำกัดโปรตีนนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริโภคเป็นหลัก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ไม่มีทักษะในการเลือกและปรับเปลี่ยนอาหารให้เหมาะสม (Ashurst et al., 2010; Chow et al., 2012) ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 25 ใช้เกลือในการประกอบอาหาร มีการเติมเกลือในอาหารที่ปรุงสุก (Mathew et al., 2010) โดยมีการบริโภคเกลือมากกว่า 14 กรัมต่อวัน ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่งผลให้มีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายร้อยละ 18.2 ต่อผู้ป่วยหนึ่งร้อยรายต่อปี (Vegter et al., 2011) ซึ่งพบว่าอุปสรรคในการจำกัดอาหารโซเดียมของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความรู้ การขาดทักษะ จึงไม่สามารถประกอบอาหารที่ใช้เกลือน้อย ร่วมกับมีความคุ้นเคยกับการใส่เกลือเพื่อเพิ่มรสชาติ และขึ้นขอบรสเค็ม แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำให้ลดการบริโภคเกลือ (Ashurst et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารตามคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง (แสงระวี มณีสรี, 2553) เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย การรับประทานยาตามแผนการรักษาเพียงพอต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นได้มากที่สุด ตลอดจนเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาไประยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจะเลิกปฏิบัติตามคำแนะนำและเรียนรู้วิธีปฏิบัติใหม่จากการลองผิดลองถูก และคิดว่ารับประทานแล้วไม่เกิดอาการผิดปกติ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548) ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยทำความเข้าใจให้ถ่องแท้และมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (จินดา

บุญช่วยเกื้อกูล, 2548)

การเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการเรียนรู้เรื่องโรคเป็นวิธีหนึ่งที่มีหลักฐานเพียงพอว่าสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยจะต้องคำนึงถึงการได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรมการสอนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการชะลอการเสื่อมของไต โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง ร่วมกับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, 2550) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549) ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นเป็นการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมรับประทานอาหารดีขึ้นในระยะแรก ไม่คงทนถาวร (Eversmann & Fischer, 2013; Reusch, Strobl, Ellgring, & Faller, 2010) เนื่องจาก วิธีดังกล่าวเป็นการสื่อสารทางเดียว ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อย ทำให้เกิดการท่องจำมากกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ไม่สามารถฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ทำให้ไม่สามารถค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2553) จากการทบทวนพบว่า การชี้แนะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดเชิงเหตุผล สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้ยาวนานขึ้น

การชี้แนะ (Coaching) เป็นรูปแบบการเรียนรู้รายบุคคล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางใช้วิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ และทักษะด้านการปฏิบัติ เกิดการเรียนรู้จากการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Jonassen, 1997 อ้างถึงใน นิตยา โสรีกุล, 2547) อาศัยการฝึกฝนการทำซ้ำ เพื่อให้มีการปฏิบัติใหม่ที่ดีขึ้น (อรพรรณ บุตรกัตัญญ, 2549) โดยผู้ชี้แนะเป็นผู้อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ สนับสนุน ชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดวิเคราะห์ ป้อนปัญหา และอุปสรรคที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีส่วนร่วมในการค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และพิจารณาเลือกวิธีการปฏิบัติ (สุรีย์ จันทร โมลี, 2543) การชี้แนะจะช่วยให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ เกิดความรู้ และทักษะที่คงทนมากกว่าการใช้วิธีการอื่น ผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจสาระต่าง ๆ และนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 90 (Gottesman, 2000 อ้างถึงใน เฉลิมชัย พันธุ์เลิศ, 2549)

ในต่างประเทศมีการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมลดลงในระยะ 12 เดือน (McMurray, Johnson, Davis, &

McDougall, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรคดีขึ้น การออกกำลังกายดีขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะ 4 เดือน และ 6 เดือน (Whittemore, Melkus, Sullivan, & Grey, 2004; Vale et al., 2003) ซึ่งในประเทศไทยพบว่า มีรายงานเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อย โดยพบการใช้โปรแกรมการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความพึงพอใจสูงขึ้น (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2550) ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการชี้แนะมีประสิทธิผลที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2550; McMurray et al., 2002; Vale et al., 2003; Whittemore et al., 2004) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมอาหาร โปรตีน ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และชะลอการเสื่อมของไต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวมงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สังเคราะห์และสร้างเป็นโปรแกรม การชี้แนะเพื่อสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นจาก 329 คนเป็น 495 คน (สถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2553) จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ถึงแม้ว่าแพทย์และพยาบาลได้มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจที่ถ่องแท้ ขาดทักษะ ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากข้อมูลหน่วยไตเทียม ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 33 ราย เป็น 78 ราย ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 สามารถชะลอการเสื่อมของไต สามารถควบคุมอาหารโดยการให้ความรู้ การฝึกทักษะด้านอาหาร ร่วมกับช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยค้นหาแนวทางและเลือกวิธีการแก้ปัญหาอุปสรรคให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต และมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมกรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าการใช้โปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่ดี สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งจะส่งผลให้อัตรา

การกรองของไตดีขึ้น ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
5. ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ
6. ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในระยะหลังการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เกิดการเสื่อมของไตอย่างรวดเร็วเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังขาดความรู้ (Chow et al., 2012) มีการ

บริโภคอาหารโปรตีนและเกลือมากกว่าปริมาณที่ควรได้รับ (เกรียง ตั้งสง่า, 2553; Vegter et al., 2011) แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและเกลือเล็กน้อยแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยไม่สามารถนำคำแนะนำที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากการขาดทักษะในการเลือกอาหาร และการประกอบอาหารที่ใช้เกลือเล็กน้อย (Ashurst et al., 2010; Vegter et al., 2011) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรู้ มีความเข้าใจที่ถ่องแท้ และมีทักษะในการปฏิบัติด้านอาหาร ตลอดจนสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาอุปสรรค จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรมการสอนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการชะลอการเสื่อมของไต (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549; ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, 2550) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตดีขึ้น แต่อัตราการครองชีพของไตไม่แตกต่างกัน การศึกษาดังกล่าวมีการให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยายและมีการฝึกทักษะเป็นรายกลุ่ม ซึ่งวิธีการสอนแบบบรรยาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้นในระยะแรกไม่คงทนถาวร (Eversmann & Fischer, 2013; Reusch et al., 2010) เนื่องจากทำให้เกิดการท่องจำมากกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ไม่สามารถฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ทำให้ไม่สามารถค้นหาวิธีการ และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2553)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่ใช้กระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Johns Hopkins Nursing Evidence Based Practice Model ประกอบไปด้วย Practice Question, Evidence และ Translation (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, & White, 2007) โดยกำหนดคำสำคัญตามกระบวนการ PICO คือ Chronic illness, Coaching Program, Behavior และ Clinical outcome จากนั้นทำการสืบค้นหลักฐานจากฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ Science direct, EBSCO Publishing's CINAHL, Pub Med ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2010 ได้จำนวนหลักฐานทั้งสิ้น 6 งานวิจัย นำมาประเมินหลักฐานเพื่อตัดสินใจนำหลักฐานไปใช้ พบว่างานวิจัยทั้งหมดเป็นหลักฐานระดับ 2 เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์จากการวิจัยทั้งหมดพบว่า การชี้แนะมีผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ดีขึ้น มีการออกกำลังกายดีขึ้น ระดับความพึงพอใจสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลงทั้งที่ระยะ 4 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2550; McMurray et al., 2002; Vale et al., 2003; Whittemore et al., 2004) ซึ่งการชี้แนะเป็นกลวิธีที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้

ที่เฉพาะและมีทักษะด้านการปฏิบัติ ตลอดจนสามารถคิดวิเคราะห์ ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการชี้แนะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้มากถึงร้อยละ 90 (Gottesman, 2000 อ้างถึงใน เฉลิมชัย พันธุ์เลิศ, 2549)

จากการสืบค้นดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการพิจารณา วิเคราะห์ สังเคราะห์ขั้นตอนและกระบวนการของการชี้แนะจากงานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง พบว่ามีองค์ประกอบที่มีความคล้ายกัน ได้แก่ การประเมินปัญหา การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้แรงเสริม และการประเมินผล ซึ่งภายใต้องค์ประกอบดังกล่าว มีกระบวนการของโปรแกรม 7 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การวางแผน การให้แรงเสริม และการประเมินผล ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่าโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพที่สร้างขึ้นจะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด จะช่วยให้เกิดการทำลายหน่วยไตลดลง อัตราการกรองของไตดีขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-post Test Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จำนวน 120 ราย ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การชี้แนะเพื่อสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่

ค่าความดันโลหิต อัตราการกรองของไต

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ได้รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การชี้แนะเพื่อสุขภาพ (Health Coaching Program) หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และมีทักษะในการเลือก

อาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) ของ Johns Hopkins Nursing Evidence Based Practice Model (Newhouse et al., 2007) ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะด้านอาหาร การให้แรงเสริม และการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรม และมีขั้นตอน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การวางแผน การให้แรงเสริม และการประเมินผล ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยพบผู้ป่วยรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยการควบคุมชนิดและปริมาณอาหาร โปรตีน โปแตสเซียม ไขมัน เกลือ ฟอสฟอรัส และได้รับพลังงานอย่างเหมาะสม ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังของ สุนันทา ครองยุทธ (2547)

ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ค่าที่ได้จากการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ค่าความดันโลหิต อัตราการกรองของไต ดังนี้

ค่าความดันโลหิต หมายถึง ตัวเลขแสดงค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่วัดโดยเครื่องวัดความดันโลหิต โดยวัดจากหลอดเลือดเบรเกียลเหนือข้อพับศอกแขนในท่านั่งหลังจากที่ผู้ป่วยได้นั่งพักประมาณ 5 นาที โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

อัตราการกรองของไต หมายถึง ค่าประมาณการทำงานของไต ที่คำนวณจากอายุและระดับครีเอตินิน (Creatinine) โดยใช้สูตรคำนวณของ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) ดังนี้ MDRD formula; $GFR (ml/ min/ 1.73 m^2) = 186 \times SCr^{-1.154} \times \text{อายุ}^{-0.203} \times (0.742 \text{ ในกรณีที่เป็นผู้หญิง})$

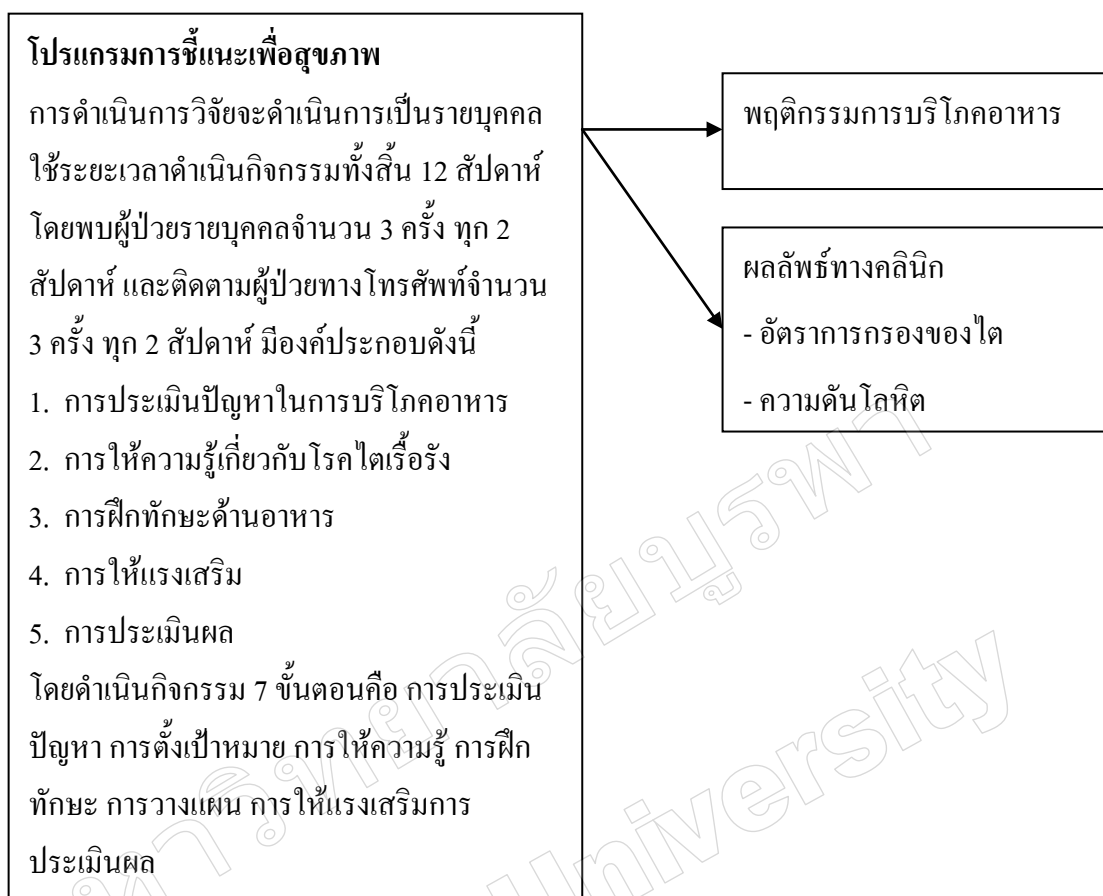
กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีผลกระทบต่อนักป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จะได้รับการรักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร โดยบริโภคอาหารโปรตีนต่ำและลดการบริโภคเกลือ จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโปรตีนและเกลือต่อวันมากกว่าปริมาณที่ควรได้รับ เนื่องจากความเคยชิน ร่วมกับการขาดทักษะในการเลือกอาหารแลกเปลี่ยน และการ

ประกอบอาหารที่ใช้เกลือน้อย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความดันโลหิตสูง มีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ทำให้หน่วยไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรู้ และมีทักษะในการปฏิบัติด้านอาหาร ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่ใช้การชี้แนะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Johns Hopkins Nursing Evidence Based Practice Model ประกอบไปด้วย Practice Question, Evidence และ Translation (Newhouse et al., 2007) โดยทำการกำหนดคำสำคัญตามกระบวนการ PICO คือ Chronic Illness, Coaching Program, Behavior และ Clinical Outcome จากนั้นทำการสืบค้นหลักฐานจากฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ Science Direct, EBSCO Publishing's CINAHL, Pub Med ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000-2010 ได้จำนวนหลักฐานทั้งสิ้น 6 งานวิจัยนำมาประเมินหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจนำหลักฐานไปใช้ พบว่างานวิจัยทั้งหมดเป็นหลักฐานระดับ 2 เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยได้นำงานวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์ ทบทวน พบว่ามีขั้นตอนการชี้แนะที่คล้ายกันได้แก่ การประเมินปัญหา การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้แรงเสริม และการประเมินผล ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยจึงนำประเด็นดังกล่าวมาสร้างเป็น โปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีองค์ประกอบได้แก่ การประเมินปัญหา การให้ความรู้ การฝึกทักษะด้านอาหาร การให้แรงเสริม การประเมินผล และมีการดำเนินกิจกรรม 7 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การวางแผน การให้แรงเสริม และการประเมินผล ซึ่งการชี้แนะเป็นการให้ความรู้เฉพาะและฝึกทักษะการปฏิบัติเป็นรายบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้ที่ได้รับการจากปฏิบัติจริง โดยมีผู้ชี้แนะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่น และมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะคงทนมากกว่าการใช้วิธีการอื่น นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 90 ของความรู้ที่ได้รับทั้งหมด (Gottesman, 2000 อ้างถึงใน เฉลิมชัย พันธุ์เลิศ, 2549) โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย