

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Renal Data System, 2005) พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มขึ้นจากจำนวน 467,266 ราย หรือ 1,542.60 รายต่อประชากรล้านคน ในปี ค.ศ. 2004 และในปี ค.ศ. 2005 เพิ่มขึ้นเป็น 485,991 ราย หรือ 1,589.10 รายต่อประชากรล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบว่ารายงานของ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 14,853 ราย หรือ 236 รายต่อประชากรล้านคน และเพิ่มเป็น 15,736 ราย หรือ 275.93 รายต่อประชากรล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 (ถนอม สุภาพร, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สถานบริการสาธารณสุขในรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งหมด 91,988 ครั้ง และเพิ่มเป็น 113,948 ครั้ง ใน พ.ศ. 2548 ซึ่งข้อมูลนี้ไม่รวมผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547, 2548) และคาดว่าแนวโน้มของโรคไตเรื้อรังคงเพิ่มขึ้น เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างโรคไตเรื้อรังกับโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง (อุษณา ลูวิระ, 2535; Brenner & Zazarus, 1994) ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ทวี ศิริวงศ์, 2550)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการคั่งของของเสีย จากการเผาผลาญสารอาหารในกระบวนการเมตาบอลิซึม เช่น ยูเรีย ไนโตรเจน ครีเอตินิน เป็นต้น ซึ่งการคั่งของของเสียในร่างกายที่ส่วนใหญ่มาจากการคั่งของโปรตีนที่อยู่ในรูปของยูเรียที่มีฟอสเฟตสูง การเสื่อมหน้าที่ของไตทำให้เกิดอาการบวม น้ำ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เสียสมดุลกรดด่างและเกลือแร่ในร่างกาย ดังนั้นหากสามารถลดการคั่งของของเสียที่เกิดจากโปรตีน จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตที่ยังเหลืออยู่ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ (ชวลิต รัตนกุล, 2542) การลดของเสียที่คั่งในร่างกายสามารถทำได้โดยการจำกัดอาหารกลุ่มโปรตีนซึ่งเป็นสารตั้งต้นของการสร้างสารยูเรียในไนโตรเจน และครีเอตินิน นอกจากนี้การเพิ่มการขับของเสียออกจากร่างกายด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ก็สามารถลดการทำงานของไตได้

การกั๊กของของเสียในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร สมรรถภาพการทำงานลดลง แขนขาไม่มีแรง ความดันโลหิตสูง ชีต ผิวน้ำมีอาการคัน แห้ง ผมและเล็บเปราะ นึกง่าย ปวดข้อ ขากระดูก บวม แน่นท้อง ตะคริว ชาที่ปลายมือปลายเท้า ดิดเชื่อง่าย นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและเครียดจากอาการเจ็บป่วยของตนเอง และอาจส่งผลทำให้ความต้องการทางเพศลดลง (สมชาย ยงศิริ, 2548; Curtin, Bultaman, Hawlters, & Schatell, 2002) นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวต้องมีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจตามมาจากการดูแลผู้ป่วย อาจมีปัญหารื่องคำใช้จ่ายในการรักษาที่ต่อเนื่อง จากการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องใช้จ่ายเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือนต่อคน หรือ ประมาณ 240,000 บาทต่อปีต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยของประชากรไทย ซึ่งมีรายรับเฉลี่ย 18,660 บาทต่อปีต่อครัวเรือน นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (ถนอม สุภาพ, 2550; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) นอกจากนั้นโรคไตเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อสังคม เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 59 เป็นประชากรที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยทำงานได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ หรือต้องออกจากงานรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ดัดขาดจากสังคมไปในที่สุด (ธีระนุช เพชรรุ่ง, 2547)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการชะลอความเสื่อมของไตพบว่าถ้าให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 55 มิลลิลิตรต่อนาที จำกัดอาหารกลุ่มโปรตีนให้เหลือเพียง 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้โดยพบว่าอัตราการกรองของไตลดลงได้ถึง 0.53 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี สำหรับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อนาที หากมีการจำกัดอาหารกลุ่มโปรตีนให้เหลือเพียง 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตและเลื่อนการเริ่มทำการฟอกเลือดออกไปได้ประมาณ 6 เดือน นอกจากนั้นการจำกัดโปรตีนยังช่วยลดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ลดภาวะความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟต ลดอาการยูริเมียและลดระดับของโปรตีนที่รั่วออกมาในปัสสาวะ (Eyre & Attman, 2008; Kasiske, Lakatua, Ma, & Louis 1998; Mitch & Remuzzi, 2004) ดังนั้นการจำกัดการบริโภคโปรตีนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยประเมินจากอัตราการกรองของไตจากค่ายูเรียไนโตรเจนและครีเอตินิน

ยูเรียไนโตรเจนเป็นของเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหารในกลุ่มโปรตีน หลังการรับประทานโปรตีน โปรตีนในอาหารจะถูกย่อยสลายและได้ของเสียสุดท้ายออกมาเป็นสารกลุ่มยูเรียและไนโตรเจนซึ่งจะต้องถูกขับออกโดยการส่งไปตามกระแสเลือดไปที่ไต เพื่อให้ไตกรองยูเรียและไนโตรเจนออกจากร่างกาย ส่วนครีเอตินินนั้นเกิดจากการรับประทานอาหารในกลุ่มโปรตีนและการย่อยสลายของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะถูกขับออกมาทางไตเช่นกัน เมื่อไตเสียหายที่จึงทำให้ประสิทธิภาพการกรองยูเรียไนโตรเจนและครีเอตินินลดลงจึงทำให้เกิดการคั่งของยูเรียไนโตรเจนและครีเอตินินในร่างกายทำให้ตรวจพบว่าระดับยูเรียไนโตรเจนและครีเอตินินในเลือดสูงกว่าปกติ (วิรุฬห์ จิรฐจิตกาล, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ชายจะรับประทานอาหารตามความเคยชิน มากกว่าการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมอาการของโรค ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมอาการของโรคมักกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศชาย (ศศิธร ชำนาญผล, 2542) และยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโปรตีน เช่น รับประทานอาหารหมวดเนื้อสัตว์ในปริมาณที่มากเกินไปถึงร้อยละ 100 และรับประทานไข่ขาวในปริมาณที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 93 (พงษ์ลดา นวชัย, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาวัลย์ สมบูรณ์กิตติกร (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปในปริมาณที่มากเกินไปจนความต้องการถึงร้อยละ 64.76 พฤติกรรมการบริโภคโปรตีนดังกล่าวทำให้เพิ่มการสะสมของของเสียในร่างกายทำให้ไตเสียหายที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษายังพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนที่ไม่ถูกต้องยังเกี่ยวข้องกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (เฉลิมพล ดันสกุล และคณะ, 2546) การศึกษาของ ศิริชัยญา กลั้วเจริญ (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317, p < .001$) ผู้ป่วยที่ญาติไม่มีเวลาดูแล ไม่เข้าใจ ไม่ให้ความรักและกำลังใจ และแสดงความเบื่อหน่าย จะรู้สึกเครียด สับสน และน้อยใจ การศึกษาของ ยุพิน ตูลย์ไตรรัตน์, ภารดี เต็มเจริญ, วงเดือน ปันดี และจรรยา เสี่ยงเสนาะ (2549) ที่ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นกลุ่มเรื่องการควบคุมอาหาร และส่งจดหมายกระตุ้นเตือนญาติหรือผู้ดูแลพร้อมคู่มือการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น

นอกจากนั้นการศึกษาของ ศศิธร ชำนาญผล (2542) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชายที่ได้รับการดูแลจากภรรยาในเรื่องการเตรียมอาหารจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากภรรยา และการศึกษาของ สุภาพ ปิ่นทอง (2549) และ สุภาพร องค์สุริยานนท์ (2551) พบว่าภรรยาเป็นบุคคลในครอบครัวที่ดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด การศึกษาของ Harwood, Locking-Cusolito, Spittal, Wilson, & White. (2005) พบว่า คู่สมรสมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยจะดูแลเอาใจใส่ปัญหาและความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น และยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเกี่ยวกับดำเนินชีวิตประจำวันและการบริโภคอาหาร เช่น การซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารร่วมกัน (Campbell & Treat, 1990)

นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาของ พรนภา ไชยอาสา (2550) พบว่า การสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคม โดย ดูแลเอาใจใส่ รับฟังความคิดเห็นขณะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม และช่วยเตรียมอาหาร ซื้ออาหาร หรือบริการปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเป็นในการบริโภคอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น และการศึกษาของ พิกุล ดินมาศ (2550) พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคม โดยให้สมาชิกครอบครัว ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ข้อมูลหรือแนะนำ ชี้แนวทางเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร และ ช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร การปรุงอาหาร การเลือกชนิดอาหาร การให้เงินไปซื้ออาหาร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนบรรยากาศ สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้น

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมักมาจากผู้ดูแลหรือครอบครัวซึ่งไม่ได้ระบุชัดเจนว่ามาจากใครบ้าง (ยุพิน ดุลย์ไธรัตน์ และคณะ, 2549; สุกรา โสตันคำ, 2551; สุธาสิณี เรียมจันทร์, 2554) ทั้งที่ในปัจจุบันคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยมีหน้าที่คอยดูแล ช่วยเหลือกัน ให้ความรักความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย และเข้าใจผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น และคู่สมรสยังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันและการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่มีภรรยาช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การบริโภคโปรตีนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต การที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสม (เฉลิมพล ตันสกุล และคณะ, 2546)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม จากคู่สมรสต่อพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนเพื่อชะลอความเสื่อมหน้าที่ของไต ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในจังหวัด สุรินทร์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติผู้มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนก ไตเทียมโรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 888 ราย เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 1,103 ราย ในปี พ.ศ. 2551 (คลินิกโรคไตโรงพยาบาลสุรินทร์, 2551) ซึ่งจะเห็นว่าในระยะเวลาเพียง 1 ปี มีผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่ควบคุมการบริโภคโปรตีนไม่ได้ มีความก้าวหน้าของโรคเข้าสู่โรค ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดถึง 215 ราย (ร้อยละ 19.49) และศึกษาใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศชาย เนื่องจากผู้ชายจะรับประทานอาหารตามความเคยชิน มากกว่าการ รับประทานอาหารเพื่อควบคุมอาการของโรค (ศศิธร ชำนาญผล, 2542) และวัฒนธรรมไทยนั้น ภรรยาทำหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ในการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการเตรียมอาหารให้แก่สามี ซึ่ง การศึกษานี้จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ เหมาะสมและช่วยชะลอความเสื่อมของไตและชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ใน อนาคต

คำถามการวิจัย

การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสมีผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคโปรตีน ระดับยูเรียใน โครเจน และระดับครีเอตินินในร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ระดับยูเรียในโครเจน และระดับครีเอติ นินในร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคปริมาณ โปรตีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองมีระดับยูเรียไนโตรเจนและระดับครีเอตินินในร่างกายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The two-group pretest-posttest design) มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ กันยายน พ.ศ. 2553 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรส
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคโปรตีน ระดับยูเรียไนโตรเจน และระดับครีเอตินินในร่างกาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง หรือ มีอัตราการกรองของไต (Glomerulus filtration rate, GFR) อยู่ในช่วง 15 - 60 มิลลิลิตรต่อนาที และอัตราการกรองของไตสามารถคำนวณได้จากค่า Creatinine Clearance (Ccr) (NKF, 2002) โดยใช้ค่าซีรัมครีเอตินิน (Serum creatinine) ที่ได้จากการเจาะเลือดตรวจของผู้ป่วยในวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

พฤติกรรมการบริโภคโปรตีน หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงและโปรตีนคุณภาพต่ำในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรส หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมการบริโภคโปรตีนให้แก่ภรรยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การจำกัดโปรตีน และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีสื่อประกอบการสอน ได้แก่ คู่มือการจำกัดการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คู่มือการให้การสนับสนุนทางสังคม และวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) การฝึกทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรม

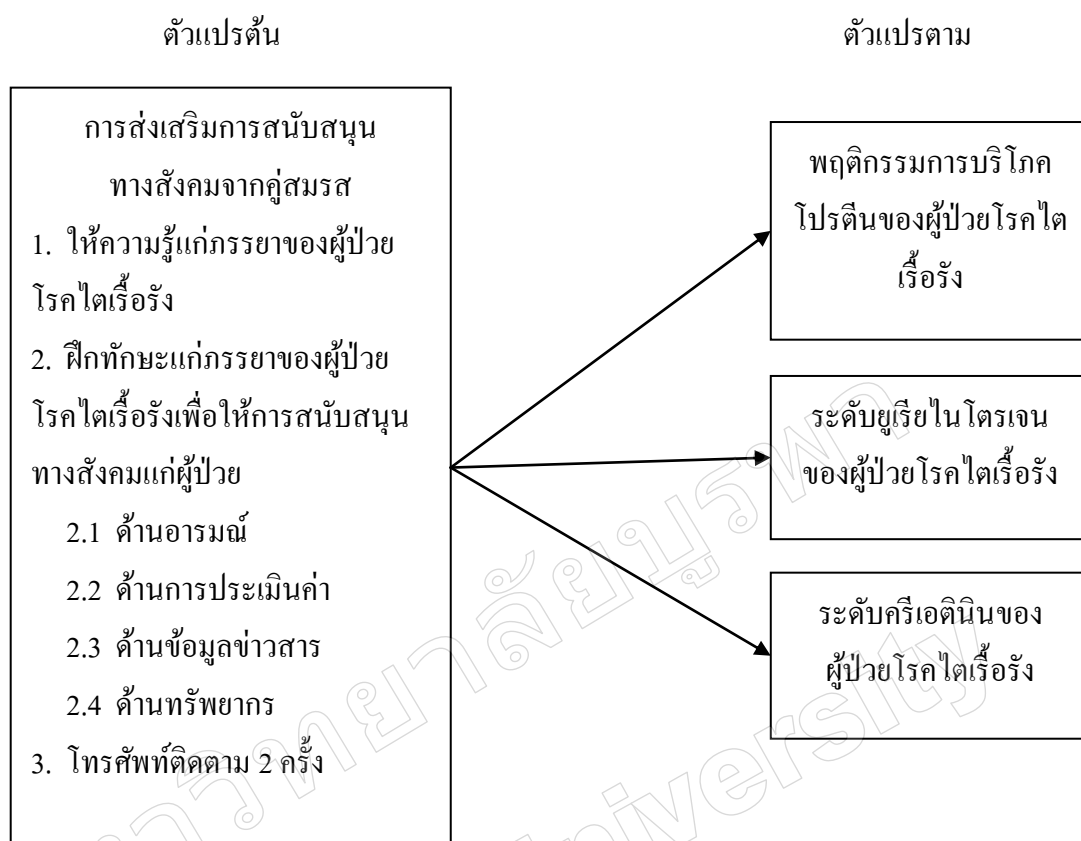
การบริโภคโปรตีน และ 3) การโทรศัพท์กระตุ้นภรรยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและติดตาม ประเมินผลการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์

ระดับยูเรียไนโตรเจน หมายถึง ระดับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนในร่างกาย ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถประเมินได้จากค่า Blood urea nitrogen ที่ได้จากการเจาะเลือดส่ง ตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในการตรวจ โดยใช้ผลการตรวจเลือด ณ วันที่เก็บรวบรวม ข้อมูล ค่าปกติเท่ากับ 5 – 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ภาควิชาเคมีคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547)

ระดับครีเอตินิน หมายถึง ระดับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนที่รับประทานเข้าไปในร่างกาย และการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อเมื่อเกิดภาวะขาดพลังงาน สามารถประเมินได้จาก ค่า Serum creatinine ที่ได้จากการเจาะเลือดส่งตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในการตรวจ โดยใช้ผลการตรวจเลือด ณ วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ค่าปกติเท่ากับ 0.7 – 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ภาควิชาเคมีคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ซึ่งกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า การแสดงความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใยและการรับฟัง ปัญหา 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้หรืออ่านคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยฟัง 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เช่น การจัดหาอาหาร เตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การรับประทานอาหารเป็นเพื่อนผู้ป่วย ซึ่งการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรู้ มีทักษะในการควบคุมการบริโภคโปรตีนสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการบริโภคโปรตีนได้อย่างเหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (เฉลิมพล ดันสกุล และคณะ, 2546) จึงส่งผลทำให้ระดับยูเรียไนโตรเจนและระดับครีเอตินินในร่างกายลดลงจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย