ผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กิรณา อรุณแสงสด พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)[1]
ประณีต ส่งวัฒนา Ph.D., อพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)[2]

บทคัดย่อ:

บทนำ: โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี การสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่มีรายงานว่าเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเข้าใจวิธีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อชะลอหรือป้องกันการเสื่อมของไตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การออกแบบวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 – 4 ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 รายเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ติดตามต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกอัตราการกรองของไต ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยวิธีการวัดซ้ำได้เท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์คของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชายที่มีแรงจูงใจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเป็นเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-4.487, p<.001; z=-4.547, p<.001; z=-2.725, p=.006 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-2.221, p=.026; z=-3.432, p<.001; z=-4.531 p<.001 ตามลำดับ) สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ในการสร้างเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างและประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจช่วยชะลอความเสื่อมของโรคได้

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(1) 52-66

คำสำคัญ : การสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ/ การเยี่ยมบ้าน/ แรงจูงใจในการดูแลตนเอง/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ โรคไตเรื้อรัง

วันที่ได้รับ 11 ต.ค. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 ก.พ. 66 วันที่รับตีพิมพ์ 1 มี.ค. 66

[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก E-mail: a.kirana37@gmail.com*
[2] *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*

Effects of a Brief Motivational Interviewing Program on Self-Care motivation, Self-Care Behaviors, and Glomerular Filtration Rate among Patients with Chronic Kidney Disease

Kirana Arunsangsod M.N.S. (Community Nurse Practitioner)[1]
Praneed Songwathana Ph.D., Dip. APMSN (Adult and Gerontological Nursing)[2]

Abstract:

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a global public health concern, with the number of patients increasing annually. Brief motivational interviewing is a critical strategy reported to be useful in encouraging patients with CKD to better understand how to self-care and reduce risky behaviors, thereby slowing down and preventing kidney degeneration.

Objective: To investigate the effects of a brief motivational interviewing program on self-care motivation, self-care behaviors, and glomerular filtration rate (GFR) among patients with CKD.

Design: A quasi-experimental design with two-group pretest-posttest

Methodology: The participants were 60 patients with CKD stage 3-4 who attended the CKD clinic at a secondary care hospital in Narathiwat province. They were purposively selected based on inclusion criteria and assigned to either an experimental group (n=30) that received usual care and a brief motivational interviewing program consisting of eight sessions and a follow-up period of 20 weeks or a control group (n=30) that received only usual care. Data on self-care motivation (with test-retest reliability of .97), self-care behaviors (with Cronbach's Alpha coefficient .75), and GFR were collected using questionnaires at baseline and after 20 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-Square test, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U test.

Results: The participants were mainly male elderly with low levels of self-motivation and self-care behaviors. After 20 weeks of the program, the experimental group had significantly increased average scores on self-care motivation, self-care behaviors, and GFR ($Z = -4.487$, $p < .001$; $Z = -4.547$, $p < .001$; $Z = -2.725$, $p = .006$, respectively). The control group had average scores on self-care behaviors and GFR decreased lower than those of the baseline assessment. The mean different scores of the self-care motivation, self-care behaviors, and GFR of the experimental group were statistically and significantly higher than those of the control group ($Z = -2.221$, $p = .026$; $z = -3.432$, $p < .001$; $Z = -4.531$, $p < .001$, respectively). This study indicates that a brief motivational interviewing program has significant positive effects on self-care motivation, self-care behaviors, and GFR among patients with CKD stage 3-4.

Recommendations: Nurses and healthcare teams can apply the brief motivational interviewing program to promote better self-motivation and self-care behaviors in patients with stage 3-4 chronic kidney diseases. Additionally, continuous monitoring can be implemented to potentially delay disease progression.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2023; 38(1) 52-66

Keywords: brief motivational interviewing; home visit; self-motivation; self-care behaviors; glomerular filtration rate; chronic kidney disease

Received 11 October 2022, Revised 28 February 2023, Accepted 1 March 2023

[1] *Corresponding author: Registered nurse. Sungaikolok hospital. E-mail: a.kirana37@gmail.com*

[2] *Associate Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing. Prince of Songkla University, Hatyai, Songkhla*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะจำนวน 697·5 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังทุกวัยทั่วโลกเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง 2560 ถึง ร้อยละ 41.5[1] และรายงานภาพรวมจาก 16 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563 พบอัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นมาก พบประมาณ 7 ถึง 34.3 คนต่อประชากรแสนคน[2] สำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุไหงโกลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2563 มีรายงานจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 -4 เพิ่มขึ้นจาก 2,613 คนต่อปีเป็น 4,204 คนต่อปี [3] และจังหวัดนราธิวาสพบอัตราตายจากโรคไตเรื้อรัง อยู่ในช่วงระหว่าง 40-62 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี [4]

ภาวะไตวายเรื้อรัง[5]เป็นภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายโดยอาศัยหลักฐานบ่งบอกภายนอก หรือการตรวจจากชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือการประเมินอัตราการกรองของไตที่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m^2/yr ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 ระยะ โดยแบ่งตามอัตราการกรองของไต ดังนี้ ระยะที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ml/min/1.73 m^2/yr ระยะที่ 2 คือ 60-89 ml/min/1.73 m^2/yr ระยะที่ 3 แบ่งเป็น 3a คือ 45-59, 3b คือ 30-44 ml/min/1.73 m^2/yr ระยะที่ 4 คือ 15-29 ml/min/1.73 m^2/yr และระยะที่ 5 คือน้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m^2/yr สาเหตุและปัจจัยที่ใช้ในการทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย ปัจจัยด้านโรค ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น รวมทั้งการดูแลตนเองและการใช้ยาเป็นต้น[6-7] การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยและปัญหาอันเนื่องมาจากภาระการดูแล ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้นเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการจัดการร่วมกับผู้ป่วย ให้เกิดการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีการจัดระบบการให้ข้อมูลและการสื่อสาร การเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล[8]

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลต้องเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำ กรมสุขภาพจิต[9] ได้นำแนวคิดของการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Brief Motivational Interviewing) ที่เน้นความสำคัญของการสนทนาฉันท์มิตร โดยหลีกเลี่ยงการแปลภาษาอังกฤษตรงตัว ไม่ได้ใช้คำว่า การสัมภาษณ์ แต่ให้เป็นรูปแบบการสนทนาและให้คำปรึกษาแบบย่อเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยได้นำมาใช้ในการจัดอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และได้รายงานผลการดำเนินการในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีประสิทธิภาพ สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี

จากสภาพการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในพื้นที่เสี่ยงภาคใต้ พบว่า ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไปคือเวลาในการให้การบริการที่จำกัด ผู้ป่วยมักไม่เข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเพาะโดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มักพบโรคร่วม ทำให้การดูแลตนเองมีความซับซ้อน ขาดกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้การดูแลและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่อง การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมพัฒนาทักษะในเรื่องนี้ จึงมีคำถามเกิดขึ้นว่า หากนำรูปแบบการสนทนาและให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาจัดทำเป็นโปรแกรมและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการทำงานของไตได้หรือไม่ จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของมิลเลอร์ และโรลนิค[10] เป็นกรอบแนวคิดหลัก และแนวคิดทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) และขั้นตอนการให้การปรึกษาเป็นมโนทัศน์ย่อยร่วมกับการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาและการเยี่ยมบ้านโดยการใช้เทคนิค FRAMES[11] ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการสนทนาและให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบย่อ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

มิลเลอร์ และโรลนิค[10] อธิบายการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ 1) สำรวจความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ 2) สำรวจปัญหา อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมทั้งหาแนวทางและแหล่งสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา 3) ค้นพบแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ และ 4) พัฒนาศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง กระบวนการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ1) การสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำรวจความพร้อมของระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) การสำรวจแรงจูงใจและระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) การประเมินปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) การให้การปรึกษาตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 5) การให้กำลังใจ-ความคาดหวังทางบวก

ภายใต้กระบวนการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เทคนิค FRAMES[10] used to initiate change for an unhealthy or risky substance use. It can be delivered by a vast array of trained professionals, in opportunistic settings (i.e. in people seeking help not for their substance use, but either its consequences or for completely unrelated physical or psychiatric disorders เป็นเทคนิคหลักที่ใช้ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และเปรียบเทียบผลที่ได้กับผลกระทบที่เกิดขึ้น หรือการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (feedback of personal, F) ความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเองในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (responsibility of the patient, R) การแนะนำหรือการอธิบายอย่างชัดเจน (advice to change, A) การเสนอทางเลือกหลาย ๆ ทางเลือกที่เป็นไปได้ และเหมาะสมกับผู้ป่วย (menu of the ways, M) การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วย (empathy, E) การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในตนเอง และการมองในเชิงบวกว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (self-efficacy, S)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยของลันเดลและคณะ[12] พบว่า การสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในหลายด้าน โดยวัดผลในด้านต่าง ๆ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด อัตราการเสียชีวิต น้ำหนักตัว คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง การส่งเสริมความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง สามารถนำไปใช้ได้ในหลายสถานที่ และใช้ระยะเวลาสั้น สำหรับในประเทศไทยพบรายงานการศึกษาในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังมีจำกัด[11,13-14] วัดผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรค (diseases related outcomes) เช่น ค่าการทำงานของไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต เป็นต้น และพบว่าผลการศึกษามีทั้งเป็นไปในเชิงบวกโดยเฉพาะ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง[11,13-14] และไม่พบการเปลี่ยนแปลงในผลลัพธ์ของการรักษา เช่น พบว่าค่าของเสียสะสมในเลือดเพิ่มขึ้น และค่าการทำงานของไตลดลงในระดับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม[14]

เมื่อพิจารณากระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในรายละเอียดแล้ว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ควรพิจารณาถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงที่อาจมีความแตกต่างกันและจำเป็นต้องใช้กระบวนการจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลายวิธีการ และเหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประเด็นความต่อเนื่องในการให้การดูแลจากสถานพยาบาลเชื่อมต่อกับการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นอีกประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมในการวางแผนสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ นำไปสู่ความสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติม หากเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและมีการสื่อสารกับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถเห็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามบริบทของผู้ป่วย น่าจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานของไต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory)[15-16]มาใช้ประเมินความพร้อมประกอบด้วย 6 ระยะ ได้แก่ ระยะเมินเฉย ระยะลังเลใจ ระยะเตรียมการหรือระยะตัดสินใจ ระยะลงมือปฏิบัติ ระยะกระทำต่อเนื่อง และระยะกลับไปมีปัญหาซ้ำ ซึ่งในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะนี้ เป็นประโยชน์ในการประเมินความพร้อมและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ร่วมกับการเยี่ยมบ้านกระตุ้นแรงจูงใจอย่างเหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นการค้นหาเป้าหมาย แรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไต โดยคาดว่าจะช่วยให้อัตราการกรองของไตดีขึ้น ซึ่งการเยี่ยมบ้านทำให้สามารถนำบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมาประยุกต์กับคำแนะนำให้สอดคล้อง มีโอกาสค้นพบปัญหาสุขภาพใหม่ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม[17] ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงคือ ระดับแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และค่าอัตราการกรองของไต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนการทดลอง

2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตมากกว่ากลุ่มควบคุม

3) กลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Quasi-experimental design with two-group pretest-posttest)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จังหวัดนราธิวาส ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 ตุลาคม 2564 เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอัตราการกรองของไต อยู่ระหว่าง 15 – 59 ml/min/1.73 m^2/yr) 2) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตในการติดตามผู้ป่วย 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 5) สำหรับกลุ่มทดลองยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมบ้าน เกณฑ์คัดออก คือผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาที่อื่นหรืออยู่นอกเขตการรักษา หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G power3.1 โดยกำหนดกลุ่มของสถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 อำนาจในการทดสอบ (power) .95 ขนาดอิทธิพล (effect size = .9) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสัปดาห์ที่มารับการบริการ ผู้ป่วยที่มารับบริการในสัปดาห์ที่ 1-2 เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่มารับบริการในสัปดาห์ที่ 3-4 เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้จากระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ยาที่รับประทาน ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พัฒนาโดย ปิ่นแก้ว คล้ายประยงค์[18] ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมอาหารที่มีโซเดียม โปรตีน ไขมัน โพแทสเซียม และฟอสฟอรัส จำนวน 23 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ เชิงลบ 13 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ค่าคะแนนของแบบสอบถามทั้งชุดอยู่ระหว่าง 23 ถึง 92 คะแนน คะแนนมากหมายถึง การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้ในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและทดสอบในคนไทย มีรายงานค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาร์ค เท่ากับ .75 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ได้ทำการทดสอบในกลุ่มที่ทำการศึกษาทั้งหมดจำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาร์คเท่ากับ .75 คงเดิม

3. แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นแบบวัดขั้นบันได 10 ขั้นของการเปลี่ยนแปลง พัฒนาขึ้นโดยนักจิตวิทยา Biener และ Adam (1991)[19] เครื่องมือนี้ได้มีการใช้ในกลุ่มติดสุราในประเทศไทย[20] ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพิ่มเติมคำจำเพาะกับโรคไตเรื้อรัง เป็นข้อคำถามเดียว (single-item) ที่เกี่ยวกับการประเมินความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองตามระดับแรงจูงใจ ลักษณะการตอบเป็นระดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนมากหมายถึง การมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่ดี การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่สนใจ (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1.0-2.9 คะแนน) เริ่มคิดเปลี่ยนแปลง (3.0-5.9 คะแนน) เริ่มการเปลี่ยนแปลง (6.0-8.9 คะแนน) และลงมือปฏิบัติ (9.0-10.0 คะแนน) ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยการวัดซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ (test-retest reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .97

4. แบบบันทึกค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต บันทึกค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ที่ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ณ วันที่เริ่มเก็บข้อมูลและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งห่างจากครั้งแรก 20 สัปดาห์ การวัดผล serum creatinine ด้วยวิธี Enzymatic method ใช้เครื่องวัด SIEMENS รุ่น Dimension EXL 200 มีการคำนวณค่าอัตราการกรองของไต โดยใช้สูตร CKD-EPI โดยมีการแบ่งระยะอัตราการกรองของไตออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (90 ml/min/1.73 m^2/yrขึ้นไป) ระยะที่ 2 (60-89 ml/min/1.73 m^2/yr) ระยะที่ 3 แบ่งเป็น 3a (45-59 ml/min/1.73 m^2/yr), 3b (30-44 ml/min/ 1.73 m^2/yr) ระยะที่ 4 (15-29 ml/min/1.73 m^2/yr) และระยะที่ 5 (น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m^2/yr)

โปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

โปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัย ในระยะเวลา 20 สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6 และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และกระตุ้นเตือน จำนวน 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 8, 12, 14 และ 16 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสัปดาห์แรก กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการค้นหาปัญหาอุปสรรค กิจกรรมครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 4 และ 6 เป็นกิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และกระตุ้นเตือน สัปดาห์ที่ 8, 12, 14 และ 16 เป็นกิจกรรมครั้งที่ 5-8 เป็นการส่งข้อความคาดหวังทางบวกทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 20 เป็นการยุติการให้การปรึกษา และประเมินผล

โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลแผนกจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับขั้นตอนในการให้คำปรึกษาและความเหมาะสมของการใช้เวลาในแต่ละขั้นตอน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้วไม่มีข้อเสนอแนะให้แก้ไขเนื้อหา ยกเว้นการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย ได้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ทดลองใช้โปรแกรมนี้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ที่รักษาในคลินิกเฉพาะโรค 1 ราย พบว่าโปรแกรมนี้สามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง กระบวนการ สนทนาและให้คำปรึกษาใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก เลขที่ SKL – IRB: 025 วันที่ 1 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การปฏิเสธหรือออกจากการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างการวิจัยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลในเวชปฏิบัติ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ การให้การยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 – 31 ตุลาคม 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อขอความร่วมมือ และดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูล

2. เก็บรวบรวมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม ได้รับบริการและคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 30 นาที ครั้งที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 นัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปอีก 20 สัปดาห์ที่ตรงกับวันที่แพทย์นัด เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแบบสอบถาม แรงจูงใจในการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไต ในกลุ่มทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย กิจกรรม 8 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 20 สัปดาห์ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นและสรุปกิจกรรมดัง Figure 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแบบพาราเมตริกซ์ (Parametric statistics) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov test พบว่าทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ยกเว้นคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง จึงเลือกใช้สถิติแบบนันพาราเมตริกซ์ (Non-parametric statistics) ในการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างของคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

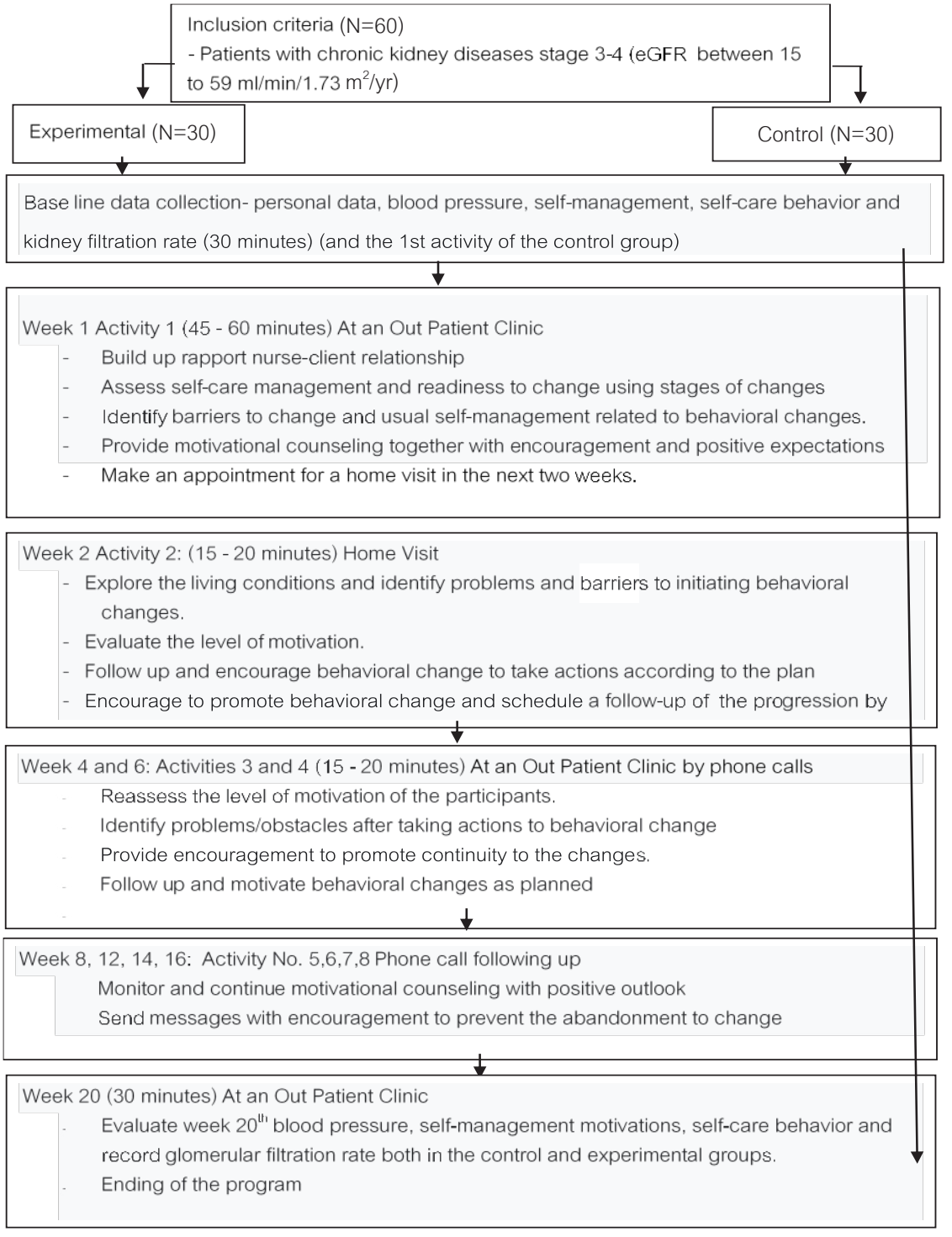


Figure 1. The study program and data collection process

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ โดยรวมมากกว่าร้อยละ75 มีอายุมากกว่า 60 ปี ค่าความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มประมาณเกือบร้อยละ 50 มีค่าความดันซีสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมากกว่าร้อยละ 60 ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) ได้รับยาลดไขมันและยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACE inhibitors ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย โดยประมาณร้อยละ 40 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Table 1)

Table1 Comparisons of baseline data between experiment and control groups

Participant characteristics	Experimental (n=30)		Control (n=30)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Gender					.071	.791
Male	19	63.3	18	60		
Female	11	36.7	12	40		
Age (years)					1.925	.382
< 60	3	10	7	23.3		
60-69	12	40	10	33.3		
> 70	15	50	13	43.3		
Systolic Blood Pressure (mmHg)					.796	.672
< 120	6	20	8	26.7		
120-139	11	36.7	8	26.7		
> 140	13	43.3	14	46.6		
Diastolic Blood Pressure (mmHg)					.505	.777
< 80	18	60.00	20	66.70		
80-84	6	20.00	6	20.00		
≥ 90	6	20.00	4	13.30		
Taking lipid-lowering drugs					.577	.448
Yes	25	83.30	27	90.00		
No	5	16.70	3	10.00		
Taking ACE inhibitors					.351	.557
Yes	28	93.30	29	96.70		
No	2	6.70	1	3.30		
Fasting Blood Sugar (mg/dl)					.117	.943
< 70	7	23.30	6	20.00		
70 – 100	11	36.70	11	36.70		
> 100	12	40.00	13	43.30		

ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจในการดูแลตนเองก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีแรงจูงใจโดยเริ่มคิดเปลี่ยนแปลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 คะแนน (SD=1.23, min=3.0, max= 7.0, median =5.0) ส่วนกลุ่มควบคุมมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยเริ่มคิดเปลี่ยนแปลงเช่นกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 คะแนน (SD=1.38, min=3.0, max=7.0, median=5.0) ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นโดยเริ่มการเปลี่ยนแปลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.96 คะแนน (SD=1.43, min=3.0, max= 9.0, median =7.0) ส่วนกลุ่มควบคุมมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเช่นกันแต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มคิดเปลี่ยนแปลง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.9 คะแนน (SD=1.65, min=3.0, max=9.0, median=6.0)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 69.87 คะแนน (SD=3.57, min=62.0 max=77.0, median=70.0) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 71.90 คะแนน (SD=5.31, min=60.0, max=85.0, median=72.0) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 72.47 คะแนน (SD=5.95, min=70 max=85, median=76.0) และ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่าเดิมคือ 71.90 คะแนน (SD=5.32, min=62.0, max=85.0, median=73.5)

ผลการวิเคราะห์อัตราการกรองของไตก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเท่ากับ 38.27 คะแนน (SD=9.62, min=18.90, max=52.25, median=39.75) อยู่ในระยะ 3b ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะ 3b เช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.54 คะแนน (SD=12.58, min=15.33, max=59.05, median=44.42) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นเป็น 41.68 คะแนน (SD=11.57, min=16.42, max=63.92, median=39.99) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตลดลงเป็น 38.30 คะแนน (SD=12.67, min=11.08, max=63.93, median=36.68) อย่างไรก็ตามโดยรวมทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตยังอยู่ในระยะ 3b (Table 2)

Table 2 Description of self-motivation, self-care behaviors and glomerular filtration rate (GFR) before and after intervention between the experimental and the control groups

Variables/group	Before				After			
	Mean (SD)	Median	Min	Max	Mean (SD)	Median	Min	Max
Self-motivation								
Experimental	4.73(1.23)	5.00	3.00	7.00	6.97(1.43)	7.00	3.00	9.00
Control	4.73(1.38)	5.00	3.00	7.00	5.90(1.64)	6.00	3.00	9.00
Self-care behavior								
Experimental	69.87(3.57)	70.00	62.00	77.00	76.47(4.34)	76.00	70.00	85.00
Control	71.90(5.32)	72.00	60.00	85.00	72.47(5.95)	73.50	62.00	85.00
GFR								
Experimental	38.27(9.62)	39.75	18.90	52.25	41.68(11.57)	39.99	16.42	63.92
Control	42.54(12.58)	44.42	15.33	59.05	38.30(12.67)	36.68	11.08	63.93

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of self-motivation, self-care behaviors and glomerular filtration rate (GFR) at baseline between the experimental and the control groups using Mann-Whitney U test

Variables	Experimental (n=30)	Control (n=30)	z	p-value
	Mean rank	Mean rank		
Self- motivation	30.63	30.37	-.061	.952
Self-care behaviors	26.17	34.83	-1.946	.052
GFR	26.57	34.43	-1.745	.081

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Z= -4.487, p<.001) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Z= -4.547, p<.001) และอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -2.725, p=.006) สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ (Table 4)

Table4 Comparisons of self-motivation, self-care behaviors, and glomerular filtration rate (GFR) before and after the intervention in the experimental group using Wilcoxon Signed Ranks test

Variables		Ranks	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
Self-motivation	Before	Negative Ranks	0.00	0.00	-4.487	<.001
	After	Positive Ranks	13.50	351.00		
Self-care behaviors	Before	Negative Ranks	0.00	0.00	-4.547	<.001
	After	Positive Ranks	14.00	378.00		
GFR	Before	Negative Ranks	12.50	100.00	-2.725	.006
	After	Positive Ranks	16.56	365.00		

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างก่อนและหลังการทดลองของคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตเท่ากับ 2.23, 6.60 และ 3.42 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย มีค่าเท่ากับ 1.43 แต่ผลต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในมีค่าเป็นลบแสดงถึงการมีค่าคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเท่ากับ -.10 และ -4.23 ตามลำดับ ผลการทดสอบความแตกต่างของผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 5)

Table 5 Comparisons of mean differences (d) of self-motivation, self-care behaviors and glomerular filtration rate (GFR) between the experimental and the control groups using Mann-Whitney U test

Variables	Experimental (n=30)			Control (n=30)			z	p-value
	$Mean_d$	Mean $rank_d$	Sum $Rank_d$	$Mean_d$	Mean $rank_d$	Sum $Rank_d$		
Self- motivation	2.23	35.38	1061.50	1.43	25.62	768.50	-2.221	.026
Self-care behavior	6.60	38.22	1146.50	-.10	22.78	683.50	-3.432	<.001
GFR	3.42	40.72	1221.50	-4.23	20.28	608.50	-4.531	<.001

d=different scores between before and after the intervention

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และ 2 แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ[9] ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในประเด็นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก[20-21] ที่ใช้ Brief Motivational Interviewing ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างไรก็ตาม มีประเด็นที่ควรนำมาวิเคราะห์ว่าภายใต้โปรแกรมการทดลองที่ดำเนินการว่าปัจจัยใดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก

ประเด็นแรกคือ โปรแกรมที่จัดทำเอื้อให้เกิดการเข้าถึงการรับการบริการที่มีความจำเพาะต่อบุคคลด้วยการประเมินความพร้อม การสนทนาฉันท์มิตร การให้ความรู้และใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อนำมาทดลองใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้สามารถค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาได้ นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถค้นพบปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้สามารถให้การปรึกษาที่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของผู้ป่วยได้ แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้มิได้ทำการทดสอบตัวแปรเหล่านี้โดยตรง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตที่ลดลงของกลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 5) ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลโดยรวมของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเพื่อประเมินกระบวนการและปัจจัยภายในของ Brief Motivational Interviewing ในการศึกษาครั้งต่อไปจะเป็นประโยชน์เพิ่มขึ้น

ประเด็นที่สอง ระยะของโรค การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมักเปลี่ยนแปลง แต่ในเชิงผลลัพธ์ทางคลินิกยังให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่แน่นอน[13-14] ทั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นผลลัพธ์ที่อยู่ระหว่างทาง หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็น intermediate health outcomes การจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปถึงผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) นั้น ต้องพิจารณาถึงความเสื่อมในการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆของผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ เช่นในการศึกษาครั้งนี้ เลือกทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองของไต อยู่ระหว่าง 15 – 59 ml/min/1.73 m^2/yr คืออยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เพื่อมีเป้าหมายชะลอความรุนแรงของโรคมิให้ดำเนินไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายก่อนเวลา แต่การเพิ่มอัตราการกรองของไตให้กลับมาสู่สภาวะปกติหรือในระยะที่ 1 หรือ 2 ย่อมทำได้ยาก จึงเป็นที่มาของผลการศึกษาภายหลังการทดลอง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะมีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ก็ยังอยู่ในระยะที่ 3 คงเดิม

ประเด็นที่สามระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจเฉลี่ย 4.73 (Table 2) แปลผลได้ว่ามีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงแต่ยังไม่พร้อม ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นเป็น 6.97 แปลผลได้ว่ามีความคิดเปลี่ยนแปลงและกำลังแสวงหาวิธีการ ซึ่งต่างกับกลุ่มควบคุมที่แม้ระดับแรงจูงใจจะสูงขึ้นเล็กน้อย แต่ก็ยังไม่พร้อมจะเปลี่ยนแปลง[19] อธิบายว่าเมื่อกลุ่มทดลองมีความสนใจแสวงหาวิธีเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ติดต่อสื่อสารและให้ความรู้เพิ่มเติมต่อเนื่องจึงทำให้พฤติกรรมการดูแลมีคะแนนสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองของไตในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ เนื่องจากการเลือกตัวอย่างและการแบ่งเข้ากลุ่มเป็นแบบเฉพาะเจาะจง อีกทั้งการคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยทำการคัดกรองเบื้องต้นโดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลาและสถานที่โดยไม่ได้ใช้แบบคัดกรอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะและทักษะของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการนำโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และช่วยชะลอความเสื่อมของโรค

2. การขยายผลโดยพยาบาลวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์และทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะเริ่มแรกและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพื่อชะลอความเสื่อมของโรค

References

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2020 Feb 29;395(10225):709-733. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061315; PMCID: PMC7049905.
2. Liyanage T, Toyama T, Hockham C, Ninomiya T, Perkovic V, Woodward M, et al. Prevalence of chronic kidney disease in Asia: a systematic review and analysis. BMJ Glob Health. 2022; Jan;7(1): e007525. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007525. PMID: 35078812; PMCID: PMC8796212.
3. Department of Disease Control. Ministry of Health. Statistical report Chronic kidney diseases in Thailand [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=47a33f6886e36962dec4bb578819ba64 (in Thai)
4. Health Information System Development Office. Thai Health Stat [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/agegroup/index.php?a=6&ht=1&d=2_5 (in Thai)
5. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, De Francisco ALM, De Jong PE et al. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International Supplements. 2013 Jan 1;3(1):1-150. doi: 10.1038/kisup.2012.73

6. Tawee Silarak, Luckawee Piyabunditkul W kittipichai. Predictive Factors of Chronic Kidney Disease in Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension. Songklanagarind J Nurs. 2562;40(2):109-21. (in Thai)
7. Jirubapa M. The Slowly Progressive Chronic Kidney Disease from Adult to Elder Persons. 5The J Boromarajonani Coll Nursing, Nakhonratchasima V. 2014;20 No. 25. (in Thai)
8. Seephom S. Self-management in chronic kidney disease. Thai Red Cross Nurs J [Internet]. 2013 [cited 2023 Feb 10]; 6(1):12-8. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/39968 (in Thai)
9. Dechkong T. Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs. Bangkok: Beyond Publishing [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 7];1:2-2. Available from: https://km.dmh.go.th/km/files/ncds.pdf (in Thai)
10. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York. 2008; 1968:9-34.
11. Mattoo SK, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders. Indian J Psychiatry. 2018 Feb;60(Suppl 4):S466-S472. doi: 10.4103/0019-5545.224352. PMID: 29540915; PMCID: PMC5844156.
12. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2013 Nov;93(2):157-68. doi: 10.1016/j.pec.2013.07.012. Epub 2013 Aug 1. PMID: 24001658.
13. Arunsangsod K, Maneesriwongkul W, Phunpakdee A. Effect of brief motivational interviewing on knowledge, motivation and medication adherence among patients with hypertension [Internet]. Vol. 28(3), Journal of Public Health Nursing. 2016 [cited 2023 Feb 7]. p. 129-144. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48461 (in Thai)
14. Chaikaew S. Motivational Interviewing to behavior change of Diabetes Mellitus, Hypertensive patients in Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital, Muangchiangmai District, Chiangmai Province [Internet]. Journal of environmental and community health. 2020 [cited 2023 Feb 7]. p. 78-83. Available from: https://he03.tci-Thaijo.org/index.php/ech/article/view/843 (in Thai)
15. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. J Addict Nurs. 1993;5(1).
16. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. 1982;19(3):276-88.
17. Tiptiya H. Home health care with Chronic Kidney Disease [Internet]. KKU J for Pub Health Res [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. p. 131-40. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/254938 (in Thai)
18. Klyprayongan P. Effectiveness of Health Education Program in Promoting Health Behaviors for Slow Progression of Chronic Kidney Diseases to the End Stage Renal Diseases Among Chronic kidney Diseases Patients Stage 3 and 4 at Out Patient Department, Ramatibodi Hospital [Internet]. Thammasat University; 2007. Available from: http://www.lib.ku.ac.th/KUthesis/2550/PinkaewKly/index.html (in Thai)
19. Biener L, Abrams DB. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. Health Psychol. 1991;10(5): 360-5. doi: 10.1037//0278-6133.10.5.360. PMID: 1935872.
20. Jongpattana D. Individual Motivation Interview and Cognitive Behavior Therapy in Alcohol Dependent: Dankhuntod Hospital. [Thailand]: Khon Kaen University; 2009. (in Thai)
21. Sukjong R, Boonyasopun U, Jittanoon P. Effects of Motivation Interviewing and Self-Management Support Program on Behaviors for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease and Blood Pressure in Persons with Uncontrolled Hypertension [Internet]. Vol. 27, Ramathibodi Nursing Journal. 2021 [cited 2023 Feb 11]. p. 61-76. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241431 (in Thai)