

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

จุฑามาศ เทียนสอาด¹ พย.ม.

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์² พย.ด., อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

ชาครีย์ กิตติยากร³ M.B.B.S., F.R.C.P.

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ ในเดือนที่ 3 และ 6 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จากคลินิกโรคไต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง โปรแกรมที่ใช้มี 3 ระยะ คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำมั่นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การปฏิบัติตามและคงพฤติกรรม รวม 24 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย Repeated measure ANOVA with Bonferroni post hoc test และ Friedman test with Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิต EQ-5D สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ทางคลินิกมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระดับโปแตสเซียม ฟอสเฟต ยูริกแอซิด น้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เดือนที่ 6 จึงควรนำโปรแกรมฯโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 19-38

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (โรคไต) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ผู้เขียนหลัก, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ อาจารย์แพทย์ หน่วยโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of Counseling and Educational Program based on Motivational Interviewing on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Patient with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease

Juthamas Tiansard¹ MNS.

Nirobol Kanogsunthorntrat² Ph.D. (Nursing) Dip. APMSN

Chagriya Kitiyakara (M.L.)³ M.B.B.S., F.R.C.P.

Abstract: Appropriate health behavior is necessary for patients with advanced chronic kidney disease in delaying disease progression and preventing complications. This one-group quasi-experimental research with repeated measures at 3 and 6 month aimed at evaluating the effects of motivational interviewing based counseling and educational program by an advanced practice nurse in nephrology on health behaviors, and clinical outcomes. Examples were 35 patients with pre-dialysis chronic kidney disease which purposively recruited from CKD clinic at a super tertiary care hospital. The 24-week-program had 3 phases: 1) building motivation, 2) commitments to change and 3) compliance and maintenance. Research instruments were: Personal Data Questionnaire, Health Behavior Changed Record, CKD Knowledge and Health Behavior Questionnaire, Morisky-Medication Adherence Scale (Thai), and EQ-5D quality of life (Thai). Data were analyzed by descriptive statistics, repeated measure ANOVA with Bonferroni test and Friedman test with Wilcoxon signed rank test. Results showed that the subjects had significantly increased in scores of CKD knowledge, health behaviors, and medication adherence ($p < .05$). The clinical outcomes showed, the serum bicarbonate was increased, while the Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure, and serum levels of Potassium, Phosphate, Uric acid, Fasting blood glucose, and Glycosylated hemoglobin were decreased significantly at 6 month of the program ($p < .05$). It is suggested that the counseling program led by advanced practice nurse should be used as guideline of care for patients with chronic kidney disease in order to slow the progression of the disease.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(2): 19-38

Keywords: counseling and educational program, motivational interviewing, health behavior, clinical outcomes, patient with chronic kidney disease

¹Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Medical-Surgical Nursing Program (Nephrology), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Department of Medicine (Renal), Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทย กำลังพัฒนา พบความชุกเฉลี่ย ร้อยละ 8 – 17.5 ในประชากรทั่วไป และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคนี้^{1,2} โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดทำได้เพียงชะลอการดำเนินโรคก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องใช้วิธีบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องตลอดชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงส่งผลกระทบต่อตั้งแต่วัตถุประสงค์จนถึงระดับประเทศ³ นอกจากผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (Advanced chronic kidney disease: ACKD) ซึ่งจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้บ่อยและรุนแรงขึ้น เช่น เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย สับสน กล้ามเนื้อกระตุก อีกทั้งยังเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตระยะต้น⁴⁻⁶ ผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากและซับซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานในร่างกายหลายระบบ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค จึงส่งผลด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตลดลง^{6,7} มีรายงานว่า การเผชิญกับผลกระทบที่รุนแรงขึ้น มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง⁷ ในขณะที่บางคนไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ปรับพฤติกรรมตามที่ทีมสุขภาพแนะนำได้ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง หรือมี

ความรู้แต่ขาดความเข้าใจ เพราะขณะได้รับข้อมูลอยู่ในภาวะเครียดและสับสน^{8,9}

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบเดียว ไม่ได้พิจารณาความแตกต่างของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล¹⁰ ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผู้ป่วยในช่วงสั้น ทำให้ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกบางส่วนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸⁻¹² การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย จึงควรมีแนวทางและเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจน รวมทั้งควรมีการติดตามระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงได้ง่าย ซึ่งพบว่า การติดตามทางโทรศัพท์สามารถช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษาได้ดียิ่งขึ้นได้¹³

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558¹⁴ กำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญตามแนวปฏิบัติคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลรักษาภาวะเลือดเป็นกรด ระดับกรดยูริกในเลือดสูง ความผิดปกติของฟอสเฟต รวมถึงการงดสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้จะส่งผลให้การทำงานของไตเสื่อมอย่างรวดเร็วและส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถคงไว้ ซึ่งสมดุลกรด-ด่างและเกลือแร่ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้¹⁵ การควบคุมปัจจัยดังกล่าวสามารถทำได้ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไตที่สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำปรึกษาตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน¹⁶⁻¹⁹ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ ได้เป็นอย่างดี^{7,20-22} การประยุกต์ใช้แนวคิด MI ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) 20 - 70 ml/min/1.73m² โดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร MI กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม MI เป็นรายบุคคล เฉลี่ย 3.7 ครั้งต่อปี ใช้เวลาเฉลี่ย 26 นาทีต่อครั้ง ติดตามผลนาน 5 ปี พบว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต (blood pressure: BP) ระดับไขมันแอลดีแอล (low density lipoprotein: LDL) ในเลือด และอัตราส่วนโปรตีนต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (urine protein creatinine ratio: UPCR) และมีอัตราการตายจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่า รวมถึงสามารถยืดระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ จากที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ และการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่มีค่า eGFR < 20 ml/min/1.73m² โดยนักจิตบำบัดที่นำเทคนิค MI มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล คนละ 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดตามผลนาน 6 เดือน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายามีระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin: Hb) และระดับอัลบูมิน (albumin: alb) ในเลือดสูงขึ้น มีระดับโพแทสเซียม (potassium: K) ระดับฟอสเฟต (phosphate) ในเลือด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง รวมถึงมี

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและด้านอารมณ์ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

โรงพยาบาลรามธิบดีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) มีคลินิกโรคไต ซึ่งมีพันธกิจในการรับส่งต่อและให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย หรือโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และนักกำหนดอาหาร โดยมีพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไต (clinical nephrology nurse specialist) เป็นกุญแจสำคัญในการทำงานร่วมกัน (key provider) และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยตรงเป็นรายบุคคล (direct care) การจัดการและกำกับดูแล (organizer) อีกทั้งมีบทบาทเป็นผู้จัดการรายการกรณี (case manager) ผู้ให้ความรู้ (educator) ผู้ให้คำปรึกษา (consultant) รวมถึงเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (motivator and supporter for behavior change) และช่วยเตรียมความพร้อมทั้งในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะท้ายเพื่อลดการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชนิดฉุกเฉินซึ่งมีอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคไตเรื้อรังระยะท้ายสูง²⁰⁻²²

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไต จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเพื่อช่วยประเมินความพร้อมในการรับรู้ สร้างความตระหนัก และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายอย่างยั่งยืน เพื่อการวางแผนการจัดการทางการแพทย์และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับคลินิกโรคไตเรื้อรังที่เป็นมาตรฐาน และเป็นแนวทางต่อยอดงานวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับระเบียนยา คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ body weight (BW), systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), glycosylated hemoglobin (HbA1C), fasting blood glucose (FBS), potassium (K), bicarbonate (HCO_3^-), phosphorus, uric acid, eGFR

กรอบแนวคิด

การศึกษารุ่นนี้ใช้กรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก²³ ร่วมกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ของโปรชาสกาและไดคส์เมน²⁴ สร้างเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษา (counseling) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client - centered) ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการกับความคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตนเอง โดยการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ร่วมกับการติดตามพูดคุยและส่งข้อความทางโทรศัพท์ เพื่อการดูแลช่วย

เหลืออย่างรวดเร็วถูกต้องและต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม (goal-directed) และผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมกัน กระบวนการให้คำปรึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (building motivation) 2) การให้คำมั่นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (commitments to change) และ 3) การติดตามและการคงไว้ (compliance and maintenance) ตามลำดับ

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy: MET) รวมถึงการประเมินระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) มีบทบาทให้ความรู้ ช่วยค้นหาปัญหา แก้ไขความลังเลใจ (ambivalence) โดยประเมินความนึกคิดของผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก 4 ประเด็น คือ การตระหนักถึงปัญหา (problem recognition) ความกังวลเกี่ยวกับปัญหา (concern) ความตั้งใจที่จะเลิกหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม (intention to change) และทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมใหม่ (optimism for change) และแบ่งระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็น 5 ระยะ คือ 1. ระยะเฝ้าเฉย (pre-contemplation) ยังไม่ตระหนักถึงปัญหา ซึ่งอาจไม่มีหรือมีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อย คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรืออาจรู้ปัญหาแต่ยังไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเบื่อหน่ายที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง 2. ระยะลังเล (contemplation) เริ่มมีความตระหนัก มีความสนใจในโรคของตนเอง เริ่มขังใจหาข้อดี ข้อเสีย เริ่มตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงจะมีผลดีเกิดขึ้น แต่อาจอยู่ในช่วงหาข้อมูล หรือมีความลังเลจากการคิดลวง หน่วว่าจะพบอุปสรรคหรือผลเสียต่าง ๆ 3. ระยะ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

ตัดสินใจหรือพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (preparation) เกิดความตระหนักและตัดสินใจได้ว่าตนเองต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือมีการวางแผนที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 1 เดือน (committed to change) 4. ระยะลงมือ (action) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 5. ระยะปฏิบัติต่อเนื่อง (maintenance) สามารถปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 6 เดือน แต่ละระยะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตนำเสนอทางเลือกในการช่วยเหลือ (menu of options) และส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย (support self-efficacy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในหรือพูดข้อความจูงใจตนเอง (self - motivational statement: SMS) ที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางแก้ปัญหานั้นด้วยตนเอง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรม (The single group, pretest-posttest design) เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โดยประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ยังไม่ได้เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ที่รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไต หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2560 และติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตาม

คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในกรณีที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการทดสอบความสามารถการรู้คิดฉบับสั้นได้มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อให้ข้อมูลได้ 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อในระยะแพร่กระจาย หรือเป็นมะเร็งในระยะกำเริบหรือระยะสุดท้าย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรม 2) ย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงพยาบาล และ 3) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) .80 ค่าความเชื่อมั่น (α) .05 และค่าอิทธิพล (effect size) .25 ซึ่งมาจากการคำนวณตามสูตรของ Glass (1976) โดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย และทดแทนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 คน

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (ฉบับภาษาไทย) (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สร้างโดยโฟฟเฟอร์ ในปี 1975 แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ²⁵ ใช้ทดสอบความจำระยะสั้นและระยะยาว ความสนใจต่อเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม และสามารถด้านการคำนวณของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ได้ค่าความเที่ยง .83 ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แปลว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต สร้างโดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากคู่มือการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราของพิชัย แสงชาญชัย และคณะ²⁶ และโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – ระยะที่ 4 ของรัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ²⁷ ยึดหลักตามกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไตและผ่านฝึกอบรมหลักสูตรการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการประเมินระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นผู้ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 3 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ติดตามหรือส่งข้อความ) ทุก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 24 สัปดาห์

เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการเตรียมตัวเข้ารับการบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยประเมินระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้คำปรึกษาด้วยคำถาม “คุณ..... คิดอย่างไรเกี่ยวกับดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น” และนำระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างมาเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในการให้คำปรึกษาและ

เลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักหรือแรงจูงใจ จนกระทั่งสามารถเป็นผู้กำหนดหรือตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมทางบวก และผลลัพธ์ทางคลินิกที่คาดหวังด้วยตนเอง (goal-directed) รวมทั้งร่วมกันวางแผนหรือเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมที่กลุ่มตัวอย่างจะนำไปปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน

โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาและการใช้โปรแกรม MI 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรม MI 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน ได้ค่า content validity index (CVI) .80 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายเพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลา และอุปสรรคก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.2 สื่อการสอน มีดังนี้

- เอกสารแผ่นพับ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การบำบัดทดแทนไต จัดทำโดย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

- สมุดคู่มือ “กินอย่างไรเมื่อไตเสื่อม” จัดทำโดย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งเป็นข้อมูลส่วนที่ได้จากผู้ป่วย และข้อมูลส่วนที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียน ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน การศึกษา ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา

สิทธิการรักษา โรคร่วม Charlson comorbidity index (CCI) และผลลัพธ์ทางคลินิก

3.2 แบบบันทึกติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้บันทึกติดตามระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่กลุ่มตัวอย่างควรปรับเปลี่ยน และบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังหรือตั้งเป้าหมาย รวมทั้งแผนการหรือรูปแบบพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านภายหลังได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคล โดยนำข้อมูลในแบบบันทึกมาใช้ในการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมถึงบันทึกระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้จากการติดตามทางโทรศัพท์

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ได้ค่า CVI.80 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา และอุปสรรคก่อนนำมาใช้ในการวิจัย

3.3 แบบสอบถามความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ สร้างโดยปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารัตน์ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง จำนวน

10 ข้อ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามจำนวน 5 ข้อในส่วนของความรู้โรคไตเรื้อรัง เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การบำบัดทดแทนไต เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างไตเรื้อรังระยะท้าย รวมเป็นคำถามจำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (15 ข้อ) คำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ, ไม่ทราบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบผิด, ไม่แน่ใจ, ไม่ทราบ ในข้อที่ต้องทราบได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 0 – 15 คะแนน และส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ (23 ข้อ) คำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ คือ 23 – 92 คะแนน

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคไต 2 ท่าน ในส่วนที่ 1 ได้ค่า CVI .80 และส่วนที่ 2 ได้ค่า CVI .83 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย มีค่าความเที่ยง (reliability) ในส่วนที่ 1 ได้ค่า KR-20 .77 และส่วนที่ 2 ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient .71

3.4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (ฉบับภาษาไทย) “Morisky Medication Adherence Scale” หรือ MMAS-8 สร้างขึ้นโดย Donald E. Morisky แปลเป็นภาษาไทยโดยนางลักษณะ อิงคณิ โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์และทดสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .97

และทดสอบความเที่ยงได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .76 แบบสอบถามนี้ใช้ในการประเมินการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถาม 8 ข้อ ข้อ 1- 7 ให้เลือกตอบคำตอบ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 – 7 คะแนน และข้อ 8 เป็นความถี่เกี่ยวกับยุ่งยากใจในการจดจำยา ให้เลือกตอบแบบลิเกตสเกล 5 ระดับ มีตั้งแต่ 0.2 คะแนน (รู้สึกทุกวัน) ถึง 1 คะแนน (ไม่เคยรู้สึกหรือรู้สึก 1 ครั้งต่อสัปดาห์) แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ คือ 0.2 – 8 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยามาก

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานนำเชื่อถือ ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²⁸ จึงไม่มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .78

3.5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D (ฉบับภาษาไทย) สร้างขึ้น แปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบเครื่องมือโดย EuroQOL group ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านการดูแลตนเอง 3) ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) ด้านอาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว 5) ด้านความวิตกกังวล คำตอบเป็นระดับความรุนแรงแบบลิเกตสเกล 5 ระดับ เรียงระดับตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่มีปัญหา) ถึง 5 คะแนน (มีปัญหามากที่สุด) จากนั้นนำค่าคะแนนมิติทางสุขภาพมาคำนวณโดยใช้

โปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างโดย EuroQOL group ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ได้จาก EuroQOL group ได้ผลลัพธ์เป็นค่าคะแนนอรรถประโยชน์ (Health utility: HU) ที่แสดงถึงระดับความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าคะแนน ตั้งแต่ -1 ถึง 1 คะแนน โดยคะแนน 1 หมายถึง สภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด คะแนน 0 หมายถึง สภาวะสุขภาพแย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าคะแนนติดลบ (-) หมายถึง สภาวะสุขภาพที่แย่กว่าตาย (worse than dead) และส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพทางตรงของผู้ป่วย ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) เส้นตรงแนวตั้งความยาว 20 เซนติเมตร มีสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน มีเส้นแบ่งคะแนนทุก 1 คะแนน และมีตัวเลขกำกับทุก 5 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแย่ที่สุด และคะแนน 100 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีที่สุด

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่น่าเชื่อถือ มีการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²⁹ จึงไม่มีการทดสอบความตรงแต่นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80

3.7 เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก และเครื่องวัดความดันโลหิต

3.7.1 เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางคลินิกในการศึกษานี้ได้รับการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้รับการรับรอง ISO 15189 จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3.7.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

อัตโนมิติ ซึ่งได้รับการตรวจสอบมาตรฐานความ
เที่ยงตรงและความปลอดภัยประจำปี คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

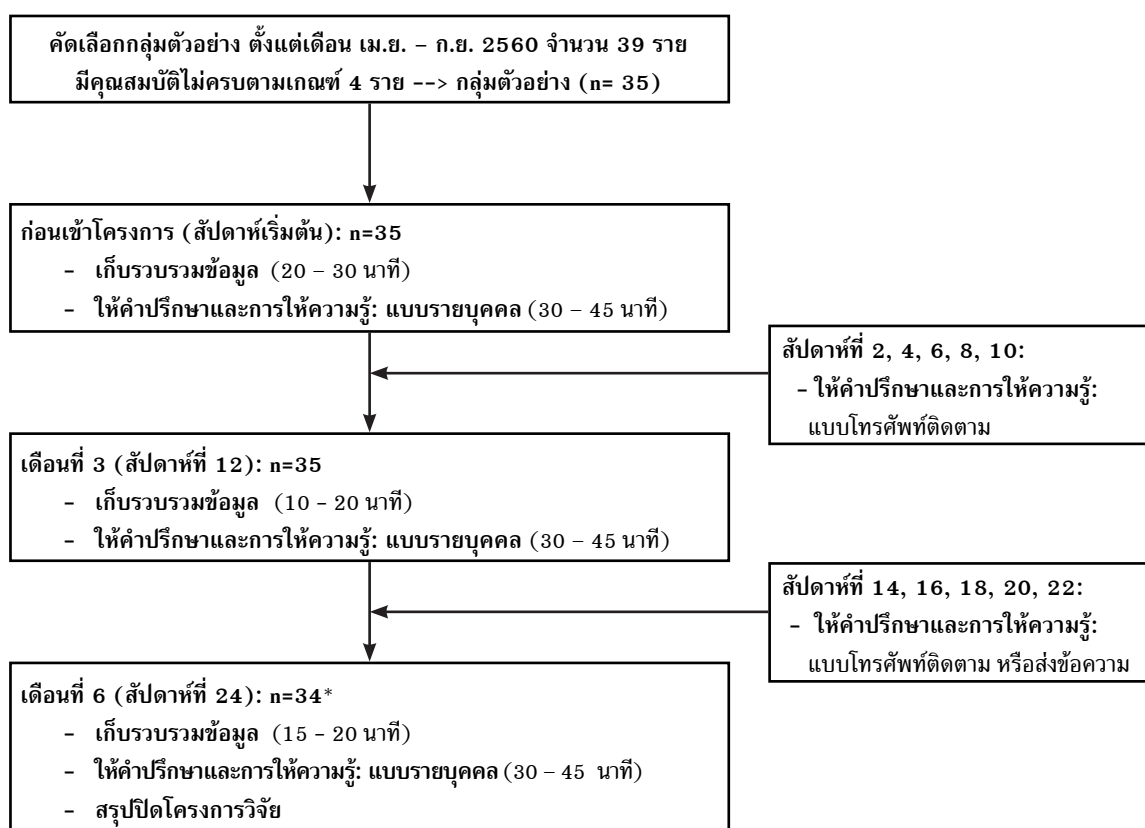
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่โครงการ ID
๑๒-๕๙-๑๙ ว. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด
ในโครงการตามเอกสารเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย
การเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามความสมัครใจและมี

การลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ
ปฏิเสธ และ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใด
ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาจากโรง
พยาบาล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อ
ประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูล
เป็นรายบุคคล

การดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ตาม
หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ระยะเวลา 24 สัปดาห์ มีขั้นตอน ดังภาพที่ 1



*คัดออก 1 ราย ในเดือนที่ 5 เนื่องจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า)

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คณะแผนความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk

2.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคไตเรื้อรัง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่า Systolic BP, Diastolic BP, BW, potassium, และ phosphorus มีการแจกแจงแบบปกติ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ด้วยสถิติ repeated ANOVA with Bonferroni post hoc test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

2.2 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่า eGFR, uric acid, phosphate, และ HbA_{1c} ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ด้วยสถิติ Friedman test with Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

2.3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 ด้วยสถิติ Paired t-test ผล เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 37 – 76 ปี เฉลี่ย 59.77 (SD =9.00) ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.6 และร้อยละ 51.4 ตามลำดับ) เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 45.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.4) ใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัด (ร้อยละ 54.3) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 54.3) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ร้อยละ 82.9) มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต 19.76 (พิสัย 7.1 – 26.9) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.6) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 71.4) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน CCI 2 – 10 คะแนน ส่วนใหญ่มีคะแนน CCI 4 คะแนน (ร้อยละ 57.1) และมีกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาสมุนไพร/ยาชุด สูบบุหรี่ และดื่มสุรา (ร้อยละ 25.7, ร้อยละ 2.9 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ)

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 9.23 คะแนน (SD 2.79; range 5 – 14) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 63.74 คะแนน (SD 6.28; range 53 – 77) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา 5.43 คะแนน (SD 1.61; range 2 – 8) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.6) อยู่ในระยะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ดังตารางที่ 1) และมีค่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (ดังตารางที่ 2) ส่วนคะแนนความรู้โรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ทั้ง 3 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับ Systolic BP, FBS, HbA1C ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับ Systolic BP, Diastolic BP, potassium, bicarbonate, phosphate,

uric acid, FBS, HbA1C ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระดับ eGFR ในทุกช่วงเวลาไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .64$) ดังตารางที่ 3

คุณภาพชีวิต EQ-5D ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 คะแนนอรรถประโยชน์ (HU) และคะแนนสภาวะ สุขภาพทางตรง (VAS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือน ที่ 6 มีค่ามากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($t = -2.788$, $p < .05$ และ $t = -4.063$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างก่อน เข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6
	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)
ระยะเมินเฉย	2 (5.7)	0	0
ระยะล้มใจ	10 (28.6)	1 (2.9)	1 (2.9)
ระยะตัดสินใจ	17 (48.6)	3 (8.5)	1 (2.9)
ระยะลงมือ	6 (17.1)	31 (88.6)	32 (91.4)

ตารางที่ 2 ระดับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วม โปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6

		Out of range [n (ร้อยละ)]		
	Normal range	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วมเดือนที่	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6
		โปรแกรม (n=35)	3 (n=35)	(n=34)
SBP (mmHg)	non-DM ≤ 140 , DM $\leq 130^a$	23 (65.71)	13 (37.14)	10 (28.57)

ตารางที่ 2 ระดับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 (ต่อ)

	Normal range	Out of range [n (ร้อยละ)]		
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3 (n=35)	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6 (n=34)
DBP (mmHg)	non-DM $\leq$ 90, DM $\leq$ 80 ^a	7 (20.0)	5 (14.29)	3 (8.57)
HbA _{1c} ^b (%)	6.5 – 7 ^a	7 (35.0)	2 (10)	0
FBS (mg/dl)	80–130 ^a	16 (45.71)	7 (35.0)	6 (17.14)
K (mEq/L)	3.5 – 5.0 ^a	10 (28.57)	9 (25.71)	5 (14.29)
HCO ₃ (mEq/L)	22 – 26 ^a	19 (54.29)	15 (42.86)	8 (22.86)
Phosphate (mEq/L)	2.7 – 4.6 ^a	6 (17.14)	4 (11.43)	3 (8.57)
Uric acid (mg/d)	< 7 ^a	29 (82.86)	24 (68.57)	22 (62.86)

^aคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558

^bHbA_{1c} (n=20), ตัวย่อ SBP: systolic blood pressure, DBP: diastolic blood pressure, HbA_{1c}: Glycosylated hemoglobin, FBS: Fast-ing Blood Sugar, K: potassium, HCO₃: Bicarbonate

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 เป็นรายคู่

ผลลัพธ์	ก่อนเข้าร่วม VS หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3		ก่อนเข้าร่วม VS หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6		หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3 VS เดือนที่ 6	
	mean difference	p	mean difference	p	mean difference	p
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ^a	-3.11	.000	-3.83	.000	-0.72	.000
พฤติกรรมสุขภาพ ^a	-10.03	.000	-12.35	.000	-2.32	.000
ความร่วมมือในการรับประทานยา ^a	-1.03	.000	-1.66	.000	-.63	.000
SBP ^a	10.40	.001	14.24	.000	3.84	.230
DBP ^a	2.06	.121	3.58	.012	1.52	.560
Potassium ^a	.09	.569	.19	.043	.09	.633

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่
3 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 เป็นรายคู่ (ต่อ)

ผลลัพธ์	ก่อนเข้าร่วม VS หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3		ก่อนเข้าร่วม VS หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6		หลังเข้าร่วมเดือนที่ 3 VS เดือนที่ 6	
	mean difference	p	mean difference	p	mean difference	p
HCO ₃ ^a	-.98	.161	-1.93	.002	-.95	.104
Phosphate ^b	.13	.085	.22	.027	.08	.821
Uric acid ^b	.37	.033	.77	.001	.40	.178
FBS ^b	17.29	.003	17.75	.001	.46	.626
HbA1C ^b	.27	.004	.35	.001	.08	.163
eGFR	-.54	.568	-1.125	.369	-.59	.825

^aวิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measured ANOVA with Bonferroni test

^bวิเคราะห์ด้วยสถิติ Friedman with Wilcoxon signed ranks test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้า
ร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 ด้วยสถิติ Paired t-test

คุณภาพชีวิต EQ-5D	mean (SD)		t	p
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)	หลังเข้าร่วมเดือนที่ 6 (n=34)		
สถานะสุขภาพทางตรง (VAS)	72.71 (10.39)	79.14 (6.91)	-4.063	.000
มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน				
1. ด้านการเคลื่อนไหว	1.31 (.63)	1.34 (.68)		
2. ด้านการดูแลตนเอง	1.09 (.28)	1.09 (.28)		
3. ด้านการทำกิจกรรม	1.37 (.55)	1.37 (.55)		
4. ด้านอาการเจ็บปวด	1.46 (.56)	1.46 (.56)		
5. ด้านความวิตกกังวล	1.71 (.75)	1.40 (.55)		
คะแนนอรรถประโยชน์ (HU)	0.774 (0.175)	0.807 (0.190)	-2.788	.009

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.6) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 71.4) และ Gout (ร้อยละ 25.7) คล้ายคลึงกับผลการศึกษาทั่วโลก และรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ที่ว่าโรคไตเรื้อรังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และระดับกรดยูริกในเลือดสูง (hyperuricemia)² โดยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุ 2 อันดับแรกของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย^{1,2}

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง และแม้ว่าส่วนใหญ่รับทราบ แต่มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใดและไม่ทราบค่า eGFR ของตนเอง ทำให้ไม่ทราบระดับความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2561 ที่ผู้ป่วยร้อยละ 6.4 ไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังแม้ได้รับการรักษาที่คลินิกเฉพาะด้านโรคไตมานานมากกว่า 6 เดือน อาจเกิดจากการที่โรคไตเรื้อรังไม่แสดงอาการในระยะต้น ทำให้ไม่เห็นความสำคัญ³⁰ การศึกษาครั้งนี้ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 50 เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง³¹⁻³⁴ จึงมีความจำเป็นในการสร้างความตระหนักรู้ การพัฒนาความรู้ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นศูนย์กลางครั้งนี้ สามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมด้านลบ และเกิดแรงจูงใจจากภายในที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เห็นถึงความสำคัญในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การสอดแทรกความรู้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย เปรียบเทียบและยกตัวอย่างผลเสียที่จะเกิดขึ้นเป็นระยะ รวมทั้งสอดแทรกทักษะการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามแนวคิดอย่างต่อเนื่องตลอด 6 เดือน เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนระยะของพฤติกรรมไปสู่ขั้นลงมือกระทำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็นมากกว่าร้อยละ 80 และมากกว่าร้อยละ 90 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้ด้วยตนเอง ดังข้อมูล

“เคยกลับไปหาสมุดจดความดันจะได้รู้ว่าตอนอยู่บ้านเป็นยังไง แล้วคราวหน้าจะเอามาให้ดู”

“ฉันสมุนไพรที่กินอยู่ก็เลิกกินไปเลยดีกว่า ไตจะได้ไม่ทำงานหนัก”

สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยามีค่าเพิ่มมากขึ้น ทั้งภายหลังโปรแกรมเดือนที่ 3 และต่อเนื่องถึงเดือนที่ 6 เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่พบว่าโปรแกรม MI สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁶⁻¹⁹ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เป็นอย่างดี^{7,20-21}

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ทักษะและความชำนาญในการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผน เสนอทางเลือก (menu of options) ที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิต และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างสนใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องตามมาตรฐานหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวทางปฏิบัติ ดังเช่น ข้อมูล

ผู้ป่วย: “ป้าท้องผูกบ่อยต้องกินกล้วยน้ำว้าถึงจะถ่าย ปากินกล้วยได้ใหม่เพราะไม่อยากกินยาระบายหมอ”

พยาบาล: “อย่างที่เราคุยกันคะว่ากล้วยเป็นผลไม้ที่มีค่าโพแทสเซียมสูงมีผลต่อหัวใจ แต่ตอนนี้คุณป้าโรคไตที่ผลเลือดค่าโพแทสเซียมยังอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่ได้เป็นเบาหวาน คุณป้าจึงสามารถกินได้บ้าง แล้วถ้าจะกินคุณป้าจะกินเท่าไรดีคะ”

ผู้ป่วย: “ถ้านั้นป้าก็กินได้แค่ครั้งละ 1 ลูกใช้ใหม่ แต่ก็กินทุกวันไม่ได้เพราะมันอยู่ในโซนสีแดง กิน 2-3 วันครั้งได้ใหม่”

พยาบาล: “เยี่ยมเลยคะคุณป้าที่จำโซนสีแดงได้ แล้วถ้าคุณป้ากินกล้วย 2-3 วันครั้ง แต่ยังไม่ถ่ายหละคะ จะทำยังไงดี”

ผู้ป่วย: “ปกติกินกล้วยก็ถ่ายทุกครั้งนะ แต่ถ้าไม่ถ่ายก็ค่อยกินยาระบายที่หมอให้มาแล้วกัน”

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการและกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองได้แล้ว การเน้นย้ำให้ตระหนักในความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง มีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ เสริมแรงทางบวก ไม่ตำหนิและช่วยวิเคราะห์สาเหตุหาแนวทางการแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ เมื่อพบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ได้

การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่ระยะลงมือที่ไดลงมือปฏิบัติจริงแล้ว บางคนเริ่มมีความลังเลใจไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ทำถูกต้องหรือไม่ ต้องการคำยืนยันคำแนะนำ หรือเมื่อพบปัญหาต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และช่วยกันวางแผนปรับเปลี่ยนวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กลมกลืนไปกับบริบทชีวิตประจำวัน ในการสนทนาแต่ละครั้งใช้เวลาแตกต่างกันประมาณ 3 – 40 นาที ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะลังเลใจหรือระงับตัดสินใจยังไม่ได้ปฏิบัติจริงจึงยังไม่ได้เผชิญกับปัญหา และไม่สามารถคาดเหตุการณ์ได้ ส่วนใหญ่จึงเป็นการสอบถามอาการทั่วไป ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบคำถามเพื่อแก้ไขความลังเลใจ แต่ละคนใช้เวลาประมาณ 2 – 8 นาที น้อยกว่ากลุ่มเริ่มเข้าสู่ระยะลงมือ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 3 ระดับผลลัพธ์ทางคลินิกทุกตัวมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีค่าระดับผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะระดับ SBP และระดับผลเลือด uric acid, FBS, HbA1C ที่มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 ระดับผลลัพธ์ทางคลินิกทุกตัวดีขึ้นกว่าเดิม โดยระดับ SBP, DBP, และระดับผลเลือด K, uric acid, FBS, phosphate, HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับผลเลือด HCO_3^- เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลงมือปรับพฤติกรรม สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะลงมือ

การที่ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลลัพธ์ทางคลินิกเริ่มมีระดับเข้าสู่เกณฑ์ปกติตั้งแต่เดือนที่ 3 และกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองช่วงระหว่างเดือนที่ 3 ถึงเดือนที่ 6 อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (compliance and adherence) โดยยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเชิงบวก ส่งผลให้ค่าผลลัพธ์ทางคลินิกคงอยู่ในเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีระยะย้อนกลับ (relapse) ส่วนการที่ค่า eGFR ไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ไตมีน้ำหนักและขนาดเล็กลง เลือดที่ไหลผ่านไปเลี้ยงเนื้อไตและส่วน cortex ลดลง ทำให้ค่า eGFR ลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น³⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจึงกำหนดค่าดัชนีชี้วัดผลงาน (Key performance indicator: KPI) ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง คือ ค่า eGFR ลดลงไม่เกิน 4 ml/min/1.73m² ต่อปี¹⁴ การศึกษานี้มีการติดตาม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (19.76 vs 20.81) แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีประโยชน์อย่างยิ่งในทางคลินิกเพราะสามารถยืดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายระยะยาวในการบำบัดทดแทนไตทั้งของผู้ป่วยและประเทศได้^{3,20,34}

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ด้านอรรถประโยชน์ (HU) เท่ากับ .77 อาจเนื่องจากทุกรายมีโรคร่วม ร้อยละ 94.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่า CCI มากกว่า 3 คะแนน ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ในประเทศอังกฤษที่มีค่า HU เท่ากับ .74 และ .73 ตามลำดับ³⁶ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยมิติทางสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ด้านการดูแลตนเอง ด้านการทำกิจกรรม ด้านอาการเจ็บปวดไม่ต่างจากเดิม ในขณะที่ด้านความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรม MI นาน 6 เดือน ในประเทศสเปน ปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่าแม้ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) จะแย่ลง แต่ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และด้านสุขภาพจิตดีขึ้น จากโปรแกรม MI ที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ และการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างมีค่าสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้นจาก 72.71 เป็น 79.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นสามารถเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะท้าย และมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 3 ใน 6 คน สมัครใจรับการเตรียมหลอดเลือดถาวร เพื่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. แม้ว่างานวิจัยแบบทดลองชนิดสุ่มจะมีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการตัดสินประสิทธิภาพ แต่การวิจัยนี้เลือกการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เน้นการนำ

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการสังเคราะห์จากงาน
วิจัยแบบทดลองชนิดสุ่มมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ
งาน

2. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ให้โปรแกรม
และรวบรวมข้อมูล อาจทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้
เกิดความลำเอียงได้ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรแยก
หน้าที่ของผู้ให้โปรแกรมและผู้รวบรวมข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้
ไปใช้ในคลินิกโรคไต โดยพยาบาลเชี่ยวชาญทาง
คลินิกด้านโรคไตที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการ
สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ยังไม่
ได้ศึกษา เช่น ระดับไขมันในเลือด ระดับฮีโมโกลบิน
และโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

3. ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อ
ติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ด้านความยั่งยืน
ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

- Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11(7):e0158765.
- Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25(5):1567-75.
- Cooney N. Literature Review: The current situation and care model of non-communicable diseases. Nonthaburi: Art Qualified; 2014. (in Thai)
- Almutary H, Bonner A, Douglas C. Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? a comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. *J Ren Care* 2016;42(2):73-82.
- Wetmore JB, Peng Y, Jackson S, Matlon TJ, Collins AJ, Gilbertson DT. Patient characteristics, disease burden, and medication use in stage 4-5 chronic kidney disease patients. *Clin Nephrol* 2016; 85(2):101-11.
- Powe NR. Health-related quality of life in CKD-advancing patient-centered research to transform patient care. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11(7):1123-4.
- Garcia-Llana H, Remor E, del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med Settings* 2014;21(1):103-15.
- Onsangngam P. Results of nutrition education for chronic renal failure patients on hemodialysis. [Thesis]. Bangkok: Ramkhamheang University; 2007 (in Thai)
- Satee A. Behaviors and factors related to sodium and protein control of chronic kidney disease patients at pre renal replacement therapy stage. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011 (in Thai)
- Thompson-Martin Y., McCullough PA., & Agrawal V. Impact of an educational program for advanced practice nurses on knowledge of kidney disease outcomes quality initiative guidelines. *Nephrol Nurs J* 2015;42(5), 455-460,496,461.
- Ounsrimuang K., Siriwatanamethanon J., & Buatee S. Effects of self-management program on knowledge, self-management, and health indicators among patients with chronic kidney disease stage 3. *Journal of Nursing and Health Care* 2013; 31(2):91-99. (in Thai)

12. Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational interventions for patients with CKD: a systematic review. **Am J Kidney Dis** 2016 Sep 1;68(3):353-70.
13. Ishani A, Christopher J, Palmer D, Otterness S, Clothier B, Nugent S, et al. Telehealth by an interprofessional team in patients with CKD: A Randomized Controlled Trial. **American Journal of Kidney Diseases** 2016;68(1):41-9.
14. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2015. (in Thai)
15. Dhondup T. & Qian Q. Electrolyte and acid-base disorders in chronic kidney disease and end-stage kidney failure. **Blood Purif** 2017;43:179-188.
16. Nokkaew J. Effect of motivation-enhancing nursing program for yoga practice on body mass index and blood sugar of overweight type 2 diabetic patients. [Thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2015. (in Thai)
17. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Patient Educ Couns** 2013;93(2):157-68.
18. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. **Patient Educ Couns** 2014; 95(2):231-7.
19. Ren Y, Yang H, Browning C, Thomas S, Liu M. Therapeutic effects of motivational interviewing on blood pressure control: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Int J Cardiol** 2014;172(2):509-11.
20. Van Zuilen AD, Wetzels JF, Bots ML, Van Blankestijn PJ. MASTERPLAN: study of the role of nurse practitioners in a multifactorial intervention to reduce cardiovascular risk in chronic kidney disease patients. **J Nephrol** 2008;21(3):261-7.
21. Prakash S, McGrail A, Lewis SA, Schold J, Lawless ME, Sehgal AR, et al. Behavioral stage of change and dialysis decision-making. **Clin J Am Soc Nephrol** 2015;10(2):197-204.
22. Goovaerts T, Bagnis Isnard C, Crepaldi C, Dean J, Melander S, Mooney A, et al. Continuing education: preparing patients to choose a renal replacement therapy. **J Ren Care** 2015;41(1):62-75.
23. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change, ed 2. New York, Guilford Press, 2002.
24. Prochaska JO, DiClemente CC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **Am Psychol** 1992;47:1102-1114.
25. Intarasombat P, Sirapo-ngam Y, Chansirikarn S, Yamvong C, Mahakayanun S. Effects of patient and families participation in health care on functional outcome, well-being, complications, length of stay in elderly patients, and patient and family satisfaction with care. **Rama Nur J** 1996;2(2):30-48. (in Thai)
26. Sangchanchai P. Training course manual: motivational interviewing and motivational enhancement therapy: MI & MET. 1st ed. Chaingmai: Wanida Publishers; 2010. (in Thai)
27. Singprasert R, Kanogsunthornrat N, Chailimpamontri W. Effect of behavior modification program led by advanced practice nurse on clinical outcomes in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2018; 5(1): 57-74.

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

28. Duangjai P. Effects of self-management promotion program on medication adherence among older adults with chronic kidney disease. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2013 (in Thai)
29. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University; 2014. (in Thai)
30. Devraj R, Borrego ME, Vilay AM, Pailden J, Horowitz B. Awareness, self-management behaviors, health literacy and kidney function relationships in specialty practice. **World J Nephrol** 2018;7(1):41.
31. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. **Patient Prefer Adherence** 2016; 10:2437.
32. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. **J Gen Intern Med** 2005 Mar;20(3):219-25.
33. Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational interventions for patients with CKD: a systematic review. **Am J Kidney Dis** 2016 Sep 1;68(3):353-70.
34. Lei CC, Lee PH, Hsu YC, Chang HY, Tung CW, Shih YH, Lin CL. Educational intervention in CKD retards disease progression and reduces medical costs for patients with stage 5 CKD. **Ren fail** 2013 Feb 1;35(1):9-16.
35. Denic A, Glasscock RJ, Rule AD. Structural and functional changes with the aging kidney. **Adv Chronic Kidney Dis** 2016;23(1):19-28.
36. Jesky MD, Dutton M, Dasgupta I, Yadav P, Ng KP, Fenton A, et al. Health-related quality of life impacts mortality but not progression to end-stage renal disease in pre-dialysis chronic kidney disease: a prospective observational study. **PloS one** 2016; 11(11):e0165675.