

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Effects of Pre-Dialysis Counseling Program on Accepting Renal Replacement Therapy in End-Stage Renal Disease Patients

วรรณา เสริมกลิ่น* ชื่นฤทัย ยี่เขียน**
Wanna Sermklin* Chuenrutai Yeekian**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต (RRT) ต่อการยอมรับ RRT ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) รายใหม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างปีงบประมาณ 2561 ถึง 2562 คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 85 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ก่อนรับ RRT โดยใช้แผ่นภาพพลิก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เรื่อง CKD และ RRT และแบบสอบถามทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ในครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแบบบรรยาย สถิติที่ และไคสแควร์

Received: May 13, 2020 Revised: July 2, 2020 Accepted: August 6, 2020

* ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
E-mail: wannanook04@gmail.com

* Senior Professional Nurse 7, Hemodialysis Unit, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society E-mail: wannanook04@gmail.com

** Corresponding Author, ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ พยาบาล 9 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
E-mail: jayekian88@gmail.com

** Corresponding Author, Specialist Nurse 9, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society E-mail: jayekian88@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการยอมรับ RRT มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (80.0% vs. 58.8%, $p < 0.001$) สำหรับกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไต การให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต การยอมรับการบำบัดทดแทนไต การให้ความรู้ก่อนการฟอกไต

Abstract

This was a quasi-experimental research with a two group post-test design to study the effects of the constructed pre-dialysis counseling program on accepting renal replacement therapy (RRT) in new cases of patients with ESRD at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital from fiscal year 2018 to 2019. The participants were chosen using purposive sampling and were divided into two groups with 90 cases in each. The control group received pre-dialysis education using a flip chart while the experimental group received the constructed pre-dialysis counseling program. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, chi-square test, and binary logistic regression.

The results showed that the experimental group had a significantly greater rate of accepting RRT and had a significantly lesser rate of complications of CKD, lower number of emergency HD rates, and shorter length of stay of the first time of admission for RRT than those in the control group. For the experimental group, after receiving the constructed pre-dialysis counseling program, the scores of knowledge and attitude of CKD and RRT and attitudes related to this counseling program were significantly greater. In the control group, the factors predicting the acceptance of RRT comprised unemployment and anemia. The factors affected to not accepting RRT comprised company employees, and having an income of less than 15,000 baht per month. This equation showed the Nagelkerke R Square as 0.65.

Keywords: end stage renal disease, renal replacement therapy, pre-dialysis counseling program, chronic kidney disease, pre-dialysis education

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน มีอัตราการตายในเวลา 5 ปี มากถึงร้อยละ 46¹ ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังมีค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงมาก² ในประเทศไทยมีความชุกของ ESRD ที่ร้อยละ 0.2-0.3 ของประชากร³ หรือคาดว่าจะมีคนไทยจำนวน 1.4-2.1 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคนี้และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ซึ่งในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplant) ทั้งนี้การทำ RRT มีผลดีต่อผู้ป่วยคือทำให้มีอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 31.3 เป็นร้อยละ 26.5 และมีอายุยืนยาวเฉลี่ย 6.2 ปี⁴ รวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵ อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตทำให้ผู้ป่วย ESRD ไม่ยอมรับ RRT ในเวลาที่เหมาะสม รายงานวิจัยพบว่าคนไทยมีความตระหนักในปัญหาของโรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) น้อยมาก มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองกำลังมีโรคไตอยู่⁶ ผลการวิจัยดังกล่าวเสนอให้มีการให้ความรู้และการป้องกัน เพื่อชะลอการเกิด ESRD โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไปและญาติควรได้รับความรู้เตรียมพร้อมก่อน RRT (Pre-dialysis education) ได้แก่ ความรู้เรื่อง CKD และ RRT และการรักษาแบบประคับประคอง รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้รับจากรัฐบาล

หรือหน่วยงานอื่น ๆ แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดรูปแบบสื่อหรือวิธีการให้ความรู้ที่แน่ชัด

การวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วย ESRD มีอัตราการยอมรับ RRT น้อยกว่าร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา RRT ร้อยละ 52 และส่วนที่เหลือเสียชีวิตร้อยละ 36⁴ การวิจัยในปี 2561 ยังพบว่าผู้ป่วย ESRD ปฏิเสธการฟอกไตมากถึงร้อยละ 40 โดยไม่มีข้อมูลเหตุผลชัดเจนถึงร้อยละ 68⁶ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วย เช่น เพราะมีอายุมากแล้ว กลัวการฟอกไต กลัวว่าจะฟอกไตไม่เป็น ไม่อยากตายในโรงพยาบาล หรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องฟอกไต⁷ ทั้งนี้งานวิจัยเสนอแนะว่าผู้ป่วยและญาติอาจเปลี่ยนใจหลังจากได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม จากประสบการณ์ในการให้ความรู้เตรียมพร้อมก่อน RRT ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยพบปัญหาการไม่ยอมรับ RRT ถึงร้อยละ 50 เช่นกัน พบว่าผู้ป่วยยังกลัวการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากวิธีการให้ความรู้แบบเดิมยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและมีความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์เจ็บป่วยของตนเองที่จำเป็นต้องยอมรับ RRT ขาดการให้ญาติและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมถึงขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลไตเทียม

การให้คำปรึกษาในผู้ป่วย ESRD ควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้คำปรึกษาในบริบทของพยาบาลมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ ให้ข้อมูล คำแนะนำ การสอน หรือให้แนวทาง โดยงานวิจัยแบบทบทวนอย่างเป็นระบบเสนอแนะว่า การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพมีองค์ประกอบที่หลากหลาย เช่น การเน้นผู้ป่วย

เป็นศูนย์กลาง การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย มีทรัพยากรที่เหมาะสม และมีผลกระทบด้านบวก รวมถึงมีผลการวิจัยหลายงานที่สนับสนุนว่าการให้คำปรึกษาที่เน้นความจำเป็นของบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือในการรักษาของตนเอง⁸ จากการวิจัยในปี 2562 สนับสนุนว่าการให้ความรู้และคำปรึกษาทำให้ผู้ป่วย ESRD ยอมรับ RRT และมีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองลดลง โดยการตัดสินใจต่อการรับ RRT ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ RRT และข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และ 2) การสูญเสียรายได้ เวลา ค่าใช้จ่ายและสภาพการเงิน⁹ การให้คำปรึกษาในผู้ป่วย ESRD เพื่อการยอมรับ RRT จึงควรมีองค์ประกอบที่เหมาะสมมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

ผู้ป่วย ESRD ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจาก ESRD เป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการรักษามีค่าใช้จ่ายมาก ผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาก็แตกต่างกันหลากหลาย การศึกษานี้จึงสนใจให้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล แบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-center therapy) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) ซึ่งมีหลักการพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความสอดคล้องกลมกลืน ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความจริงใจต่อผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้มีประสบการณ์จริง การยอมรับในตัวผู้ป่วยในแบบที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และเข้าใจในความรู้สึก^{10,11} ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองใน

ภาวะที่เจ็บป่วย¹² การใช้ 2 ทฤษฎีร่วมกันจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาที่แก้ไขปัญหาเฉพาะของตนเอง ตรงกับความต้องการ รวมถึงการให้ความรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจร่วมกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ RRT เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาต่อการยอมรับ RRT ในผู้ป่วย ESRD

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทำ RRT โดยปรับปรุงจากเดิมเป็นการให้ความรู้หรือสอนโดยใช้แผ่นภาพพลิก พัฒนาเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ของผู้ป่วย ESRD โดยจัดทำรูปแบบและขั้นตอนให้คำปรึกษาที่ชัดเจนในรูปแบบรายบุคคล นำวิทยุทัศน์มาช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ RRT และ CKD ผู้ป่วยจะได้รับรู้สิทธิเพื่อลดภาระทางการเงินและตัดสินใจเลือก RRT ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลและการติดตามต่อเนื่องที่ชัดเจน ซึ่งคาดหวังว่าผู้ป่วยจะยอมรับ RRT ได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำ RRT ในเวลาที่เหมาะสม ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังและการมาพอกไตแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการลดการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพและลดภาระงานของหน่วยไตเทียม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อเปรียบเทียบอัตราการยอมรับ RRT และชนิดของ RRT ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์รอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับใน ครั้งนี้ของกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เป็นการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วย ESRD รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณตามสูตร Superiority คาดว่ากลุ่มทดลองจะมีอัตราการยอมรับ RRT ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก มีอัตราการตัดสินใจยอมรับ RRT ที่ร้อยละ 50 คาดหวังว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT แบบใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จะมีอัตราการตัดสินใจยอมรับ RRT เพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 70 ใช้สูตร¹³ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 [(\pi_1(1 - \pi_1)) + (\pi_2(1 - \pi_2))]}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่าง Z_α = กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ค่า $Z_{0.05} = 1.96$ Z_β = ค่าอำนาจจำแนกที่ร้อยละ 80 ค่าจุดตัดภายใต้โค้งปกติ $Z_\beta = 0.84$ π_1 = ค่าสัดส่วนของกลุ่มเดิม ในที่นี้เท่ากับ 0.50 π_2 = ค่าสัดส่วนของกลุ่มใหม่¹³ ในที่นี้เท่ากับ 0.70 เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ขนาดตัวอย่างที่กลุ่มละ 90 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้าการศึกษา มีดังนี้ 1) อายุ 18-75 ปี 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ESRD 3) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เมื่อแพทย์พบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองไตต่ำกว่าร้อยละ 15 แพทย์จะส่งมาหน่วยไตเทียมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยรับ RRT 4) สามารถอ่านออกและเขียนได้ เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการมาตรวจตามนัดในเวลา 6 เดือน

การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วย ESRD ที่มารับบริการในปั๊มประมาณ 2561 ได้รับการให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก ส่วนกลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วย ESRD ที่มารับบริการในปั๊มประมาณ 2562 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการให้ความรู้โดยใช้แผ่นภาพพลิก ใช้เวลา 35 นาที กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT แบบรายบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลา 60 นาที

โปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT แบบรายบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาของโรเจอร์ส ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ

โอเรม การใช้ 2 ทฤษฎีร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาที่แก้ไขปัญหาเฉพาะของตนเอง ตรงกับความต้องการ รวมถึงการให้ความรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสนับสนุนให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจร่วมกัน แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

การให้ความรู้โดยใช้แผ่นภาพพลิก เป็นการบรรยายเรื่อง RRT ในผู้ป่วย ESRD เนื้อหาประกอบด้วย 1) ไตปกติทำหน้าที่อะไรบ้าง 2) โรคไตคืออะไร 3) สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง 4) อาการและอาการแสดงเมื่อเกิดภาวะไตผิดปกติ 5) จะทำอย่างไรเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 6) สิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้บำบัดทดแทนไต ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง RRT ในผู้ป่วย ESRD ที่ใช้กับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย 1) ไตปกติทำหน้าที่อะไรบ้าง 2) เมื่อไตทำงานลดลงหรือสูญเสียหน้าที่จะทำให้ร่างกายเป็นอย่างไร 3) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง 4) การแบ่งระยะโรคไตวายเรื้อรัง 5) ประเภทของการบำบัดทดแทนไต 6) สิทธิการรักษากับการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี ใช้เวลาประมาณ 8 นาที

ขั้นตอนและการเก็บข้อมูลการให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิกในกลุ่มควบคุมและโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ในกลุ่มทดลอง ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการให้ความรู้ก่อน RRT ในกลุ่มควบคุมและโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ในกลุ่มทดลอง

โปรแกรมให้คำปรึกษา RRT (กลุ่มทดลอง)	การให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก (กลุ่มควบคุม)
1) แพทย์ส่งผู้ป่วยมารับการให้ความรู้ก่อน RRT - นัดพบผู้ป่วยพร้อมญาติ	1) แพทย์ส่งผู้ป่วยมารับการให้ความรู้ก่อน RRT
2) สร้างสัมพันธภาพและเริ่มขั้นตอนการให้คำปรึกษา ใช้เวลา 5 นาที - เชิญผู้ป่วยและญาติเข้าพบปะในห้องให้คำปรึกษา - แนะนำตัวพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา - อธิบายถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษา	2) สร้างสัมพันธภาพและเริ่มขั้นตอนการให้ความรู้ ใช้เวลา 5 นาที - แนะนำตัวพยาบาล - อธิบายถึงความสำคัญของการให้ความรู้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการให้ความรู้ก่อน RRT ในกลุ่มควบคุมและโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ในกลุ่มทดลอง (ต่อ)

โปรแกรมให้คำปรึกษา RRT (กลุ่มทดลอง)	การให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก (กลุ่มควบคุม)
3) ขอความยินยอมในการเข้ารับการให้คำปรึกษา ใช้เวลา 5 นาที - อธิบายถึงวัตถุประสงค์การให้คำปรึกษา - ให้ข้อมูลสิทธิผู้ป่วยในการปฏิเสธการให้คำปรึกษาและรับทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ของผู้ป่วย	ไม่มีการขอความยินยอม
4) ให้ทำแบบประเมินความรู้และทัศนคติก่อนการให้คำปรึกษา ใช้เวลา 10 นาที	ไม่มีการประเมินความรู้และทัศนคติ
5) ให้ดูวีดิทัศน์ เรื่อง RRT ในผู้ป่วย ESRD ใช้เวลา 8-10 นาที	3) ให้ความรู้โดยใช้แผ่นภาพพลิก โดยการบรรยายเรื่อง RRT ในผู้ป่วย ESRD ใช้เวลา 10-15 นาที
6) ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ใช้เวลา 10-15 นาที - ประเมินความรู้ สำนวนและทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย - ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย - เสนอทางเลือกการบำบัดทดแทนไต - ให้ความรู้ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจถึงผลดีและผลเสียของแต่ละวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น - วางแผนแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ - สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญห	4) ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มใช้เวลา 10 นาที - ประเมินความรู้ สำนวนและทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย - ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย - เสนอทางเลือกการบำบัดทดแทนไต
7) ให้ทำแบบประเมินความรู้และทัศนคติหลังการให้คำปรึกษาใช้เวลา 10 นาที	ไม่มีการประเมินความรู้และทัศนคติ

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการให้ความรู้ก่อน RRT ในกลุ่มควบคุมและโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ในกลุ่มทดลอง (ต่อ)

โปรแกรมให้คำปรึกษา RRT (กลุ่มทดลอง)	การให้ความรู้ก่อน RRT โดยการใช้แผ่นภาพพลิก (กลุ่มควบคุม)
8) ให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับ RRT ใช้เวลา 5 นาที - ให้ผู้ป่วยลงนามในแบบบันทึกการรับคำปรึกษา - ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับ RRT - ผู้ป่วยเลือกการบำบัดทดแทนไต - หากผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจหรือตัดสินใจไม่ได้ จะมีการติดตามเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป	5) ให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับ RRT ใช้เวลา 5 นาที - ผู้ป่วยเลือกการบำบัดทดแทนไต - หากผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจหรือตัดสินใจไม่ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ทราบในการมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป
9) ติดตามการมาตรวจตามนัดและการรับการรักษา RRT	ไม่มีการติดตาม

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต มีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเป็นเวลา 15 ปี เป็นผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพียงผู้เดียวตลอดการวิจัยนี้

2) เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1) แบบสอบถามความรู้เรื่อง CKD และ RRT เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟอกไตหลังการให้คำปรึกษาของการวิจัยที่ผ่านมาโดยสศิษฐ์ พงษ์ตระกูล¹⁴ มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน โดยแต่ละข้อ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แปลความหมายของคะแนน โดย

คะแนนเต็ม 10 คะแนน

แบบสอบถามนี้ทำการวัดความเที่ยงของการตอบ (Intra-rater Reliability) โดยใช้สถิติแคปปา (Modified Kappa Statistic) โดยให้เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน ทำแบบสอบถาม 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 5 วัน นำมาเปรียบเทียบ ได้ค่าความตรงกันที่ 0.72

2.2) แบบสอบถามทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สอบถามทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT ในภาพรวม เป็นมาตรวัด 1-10 คะแนน โดยผู้ป่วยให้คะแนนความคิดเห็นจาก 1 คะแนน หมายถึง อันตรายมากที่สุด ถึง 10 คะแนน หมายถึง มีประโยชน์มากที่สุด

ส่วนที่ 2 สอบถามทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี้ มีคำถาม 5 ข้อ เป็นมาตรวัด 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ไปถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4 แบบสอบถามส่วนนี้ ทำการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70

3) เครื่องมือประเมินผลการทดลอง

3.1) หลังการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามว่า “ในกรณีที่ท่านมีข้อบ่งชี้ที่ต้องฟอกไต ท่านจะตัดสินใจขอรับการฟอกไตหรือไม่” คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ต้องการฟอก และไม่ต้องการฟอก

3.2) ผู้วิจัยติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลชนิดของ RRT แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) HD 2) CAPD 3) HD หรือ PD แบบฉุกเฉิน และ 4) ไม่มารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติแบบบรรยาย ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติที (Paired t-test) สถิติเปรียบเทียบอัตราหรือร้อยละระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัยและการปกป้องสิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีเอกสารรับรองฉบับที่

001/2562 วันที่ 13 มีนาคม 2562 ทั้งนี้การให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองจะเกิดผลดีต่ออาสาสมัครมากกว่าผลเสีย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยใช้แผ่นภาพซึ่งเป็นรูปแบบดั้งเดิมที่ใช้ในหน่วยไตเทียมในช่วงเวลานั้น อาสาสมัครจะลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัคร (Informed consent form) เป็นภาษาไทยซึ่งชี้แจงวัตถุประสงค์และความจำเป็นของการวิจัย โดยรับทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัคร และอาสาสมัครจะยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 85 ราย มีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (48.53 (SD=16.02) vs. 51.83 (SD=16.72) ปี, $p=0.180$) มีสัดส่วนของข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและสิทธิการรักษา ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีอัตราการยอมรับ RRT มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (80.0% vs. 58.8%, $p < 0.001$) ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนชนิด RRT แตกต่างกัน ($p=0.002$) โดยกลุ่มทดลองเลือกทำ HD และ PD มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้กลุ่มทดลองมีร้อยละการเกิด HD และ/หรือ PD แบบฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=85) (จำนวน(ร้อยละ))	กลุ่มทดลอง (n=85) (จำนวน(ร้อยละ))	p
เพศ			
ชาย	43 (50.6)	55 (64.7)	0.063
หญิง	42 (49.4)	30 (35.3)	
ศาสนาพุทธ	84 (98.8)	82 (96.5)	0.134
สถานภาพสมรส			
โสด	15 (17.6)	14 (16.5)	0.625
คู่/อยู่ด้วยกัน	56 (65.9)	52 (61.2)	
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	14 (16.5)	19 (22.4)	
การศึกษา			
ไม่ได้เรียน	2 (2.4)	7 (8.2)	0.229
ต่ำกว่า ป.ตรี	74 (87.1)	70 (82.4)	
สูงกว่า ป.ตรี	9 (10.6)	8 (9.4)	
อาชีพ			
รับจ้าง	38 (44.7)	28 (32.9)	0.212
ว่างงาน	30 (35.3)	32 (37.6)	
อื่นๆ เช่น พนักงานบริษัท ข้าราชการ	17 (20.0)	25 (29.4)	
สิทธิการรักษา			
ประกันสังคม	51 (60.0)	49 (57.6)	0.728
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	27 (31.8)	27 (31.8)	
ข้าราชการ	6 (7.1)	6 (7.1)	
เงินสด	0 (0.0)	2 (2.4)	

*p<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการยอมรับ RRT และชนิดของ RRT ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การยอมรับและ RRT	กลุ่มควบคุม (n=85) (จำนวน(ร้อยละ))	กลุ่มทดลอง (n=85) (จำนวน(ร้อยละ))	p
การยอมรับ RRT			
ยอมรับ	50 (58.8)	68 (80.0)	<0.003*
ไม่ยอมรับ	35 (41.2)	17 (20.0)	
ชนิดของ RRT			
HD	24 (28.2)	35 (41.2)	0.013*
PD	26 (30.6)	33 (38.8)	
HD และ/หรือ PD แบบฉุกเฉิน	33 (38.8)	14 (16.5)	
ไม่มารับการรักษา2 (2.4)	3 (3.5)		

*p<0.05

3. ความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี้

หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT กลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ความรู้เรื่อง CKD และ RRT: 7.8 (SD=1.23) vs. 2.4 (SD=1.7) คะแนน, p<0.001) (เต็ม 10 คะแนน); ทัศนคติ

เรื่อง CKD และ RRT: 8.9 (SD=1.5) vs. 4.1 (SD=1.6) คะแนน, p=0.001) (เต็ม 10 คะแนน)) ส่วนทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี้ ข้อความที่มีคะแนนมากที่สุด คือ “เนื้อหาที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาทำให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการฟอกไตได้ชัดเจนขึ้น” มีคะแนนเฉลี่ย 4.76 (SD=0.43) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ของกลุ่มทดลอง (n=85)

ความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ในครั้งนี้	ก่อน (n=85)	หลัง (n=85)	p
ความรู้เรื่อง CKD และ RRT [†]	2.4 (1.7)	7.8 (1.3)	<0.001*
ทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT [†]	4.1 (1.6)	8.9 (1.5)	0.001*
ทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ RRT ที่ได้รับในครั้งนี [‡]			
1) เนื้อหาที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาทำให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการฟอกไตได้ชัดเจนขึ้น	2.4 (0.7)	4.7 (0.4)	0.011*
2) การได้รับคำปรึกษาเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของท่าน	4.0 (1.2)	3.0 (1.2)	<0.001*
3) รูปแบบและวิธีการให้คำปรึกษาทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟอกไต	2.6 (0.7)	4.5 (0.6)	0.002*
4) การให้คำปรึกษาทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการฟอกไต	3.1 (1.2)	4.5 (0.6)	0.004*
5) การให้คำปรึกษาช่วยทำให้ลดความวิตกกังวลสามารถช่วยแก้ปัญหาให้ดีขึ้น	2.6 (0.6)	4.3 (0.1)	0.006*

*p<0.05 [†]ใช้มาตรวัด 0-10 คะแนน [‡]ใช้มาตรวัด1-5 คะแนน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT ที่สร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วย ESRD มีอัตราการยอมรับ RRT เพิ่มขึ้น¹⁵⁻¹⁸ ผลการวิจัยคล้ายกับการวิจัยที่ผ่านมาในแง่ที่ว่า การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ RRT มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรายงานวิจัยที่ใช้การให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ESRD เพื่อเพิ่มอัตราการยอมรับ RRT ทั้งนี้การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกไตมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน เริ่มจากการให้ข้อมูล¹⁵ และ

พัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ก่อน RRT ที่สร้างขึ้น (Pre-dialysis educational program) โดยมีหลายงานวิจัยพบว่าทำให้ผู้ป่วย ESRD ยอมรับ RRT เพิ่มขึ้นมากกว่าการให้ข้อมูล¹⁵⁻¹⁸ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2558 พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อน RRT มีขั้นตอน รูปแบบรายบุคคลเป็นกลุ่ม ระยะเวลา และการใช้ทีมสหวิชาชีพที่แตกต่างกัน ควรมีมาตรฐานโปรแกรมการให้ความรู้ก่อน RRT¹⁹ ทั้งนี้การวิจัยส่วนใหญ่เสนอแนะเป็นการให้คำ

ปรึกษาแบบรายบุคคลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่มาของการจัดรูปแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ของการวิจัยครั้งนี้

โปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ที่สร้างขึ้นทำให้ผู้ป่วย ESRD ยอมรับ RRT ที่ร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ความรู้โดยใช้แผ่นภาพพลิกที่มีอัตราการยอมรับ RRT เพียงร้อยละ 58.8 ทั้งนี้การใช้แผ่นภาพพลิกให้ความรู้ใช้เวลาประมาณ 35 นาที โดยสอนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนโปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ที่สร้างขึ้นเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ขอความยินยอมในการให้คำปรึกษา 3) ประเมินความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา 4) ให้ชมวิดิทัศน์ เรื่อง RRT ในผู้ป่วย ESRD 5) ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 6) ให้อาสาสมัครใจยอมรับหรือไม่ยอมรับ RRT ขั้นตอนทั้งหมดใช้เวลา 60 นาที ซึ่งมีเวลาเพิ่มขึ้น 25 นาที ผู้ให้คำปรึกษาใช้เวลาค้นหาและแก้ไขปัญหาหารือกันกับผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมมือกันให้การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการทำ RRT มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจเป็นแนวทางให้หน่วยไตเทียมที่อื่น ๆ สามารถนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาบริการให้ผู้ป่วย ESRD ได้รับการให้คำปรึกษาและสามารถเลือกวิธีการทำ RRT ที่เหมาะสมกับตนเองเพิ่มมากขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า การทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและญาติ จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ RRT ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากญาติจะเป็นผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัย

ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการวิจัยของประเทศไทยที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อ พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วย ESRD 344 ราย ปฏิเสธการฟอกไตร้อยละ 40.12 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิเสธการฟอกไตลดลง คือการมีผู้ดูแล จึงเสนอแนะให้เน้นสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ⁵ ส่วนการวิจัยที่สหราชอาณาจักรในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย HD 93 ราย พบว่าการตัดสินใจในช่วงก่อนการฟอกไตของผู้ป่วยมีความซับซ้อนจากการเจ็บป่วยและความเครียด ผู้ป่วยต้องการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของตนเอง ซึ่งหมายถึงการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจยอมรับ RRT ได้เพิ่มขึ้น¹⁶ โปรแกรมการให้คำปรึกษา RRT ของการศึกษานี้ จึงมีขั้นตอนที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยซึ่งจะเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความตั้งใจ และมีความพยายามในการที่จะฝึกหัดการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็น RRT วิธีใด จนถึงสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับ RRT เพิ่มขึ้น

อนึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้พบกับผู้ป่วยที่ RRT ทั้งแบบ HD และ PD ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพความจริงที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในอนาคต ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ชัดเจนเพิ่มเติมจากภาพวิดิทัศน์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ทำ HD ในสหราชอาณาจักร ที่แนะนำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้ทำ RRT อยู่ ผู้ป่วยจะได้เห็นการดำเนินชีวิตจริงของผู้ที่ทำ HD จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ HD ได้มากขึ้น¹⁶ ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรักษา CKD มีค่าใช้จ่ายสูง

ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะให้ข้อมูลสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ RRT ที่เหมาะสมกับสิทธิการรักษาของตนเอง หากผู้ป่วยต้องการทำ HD จะให้ข้อมูลแหล่งบริการและอัตราค่าบริการที่เหมาะสมกับรายได้ หน่วยไตเทียมจะส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการตามที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษายังมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังให้คำปรึกษาและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้เริ่มให้คำปรึกษาในผู้ป่วย ESRD ซึ่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 5 ซึ่งจะชักว่าที่กลุ่มที่ปรึกษาการล้างไตของสมาคมโรคไตแห่งอเมริกาได้แนะนำไว้ เนื่องจากการมีอัตราค่าล้างพยาบาลที่จำกัด ทั้งนี้จากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเร็วขึ้นเมื่อเป็น CKD ระยะที่ 4 โดยได้ร่วมมือกับแพทย์เฉพาะทางโรคไตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การให้ความรู้มีความสำคัญต่อการเตรียมพร้อมและตัดสินใจรับ RRT ซึ่งมีผลการวิจัยที่สนับสนุนอย่างชัดเจน โดยการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครเป็นผู้ป่วย ESRD 595 ราย เข้าร่วมใน National Kidney Foundation Kidney Early Evaluation Program เป็นการคัดกรองและให้ความรู้ผู้ป่วยในชุมชน พบว่าผู้ป่วยต้องการเตรียมตัวก่อน RRT และมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การวิจัยในประเทศแคนาดา ทำการศึกษาโดยจัดให้มีคลินิกเตรียมก่อนฟอกไตที่มีสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ทำการเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 74 ราย พบว่าการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร และการเลือก

ชนิดของ RRT ด้วยตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในเวลา 6 เดือนหลังการฟอกไต¹⁹ จากผลการวิจัยดังกล่าว การวิจัยนี้จึงริเริ่มบริการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับผู้ป่วย ESRD ทุกราย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมิได้นำทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมในการให้คำปรึกษา

หลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษา RRT กลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติเรื่อง CKD และ RRT เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์¹⁵ และโรงพยาบาลหาดใหญ่¹⁴ โดยการวิจัยที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ RRT กับผู้ป่วย CKD เปรียบเทียบระหว่างการให้ดูวีดิทัศน์ PD กับรูปแบบการให้ข้อมูลแบบใหม่ที่ประกอบด้วย วีดิทัศน์ แผ่นภาพพลิก แผ่นพับ และการสอนแบบรายบุคคล 45 นาที พบว่าผู้ป่วย CKD และครอบครัวที่ได้รับการรูปแบบการให้ข้อมูลแบบใหม่ มีความรู้เรื่อง RRT เพิ่มขึ้น ยอมรับการทำ PD เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.7 เป็นร้อยละ 59.6 อัตราการทำ HD อุบัติการณ์ลดลงจากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 41.4¹⁵ ส่วนการวิจัยที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ใช้วีดิทัศน์ให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4 จำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้หลังการให้คำปรึกษาก่อนการฟอกไตเพิ่มขึ้น แต่การตัดสินใจฟอกไตที่เพิ่มขึ้นยังไม่ชัดเจน ควรต้องมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเพิ่มขึ้น¹⁴ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้และการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนว่าการให้ความรู้เป็นวีดิทัศน์ เป็นสื่อที่ทำให้เห็นภาพและมีคำอธิบายที่ทำให้เข้าใจง่ายกว่าการให้ความรู้โดยการเล่าเรื่อง

บรรยายหรือใช้แผ่นภาพอย่างเดียว เมื่อประกอบกับให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จึงมีเวลานานพอสมควรสำหรับผู้ป่วยในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ ตลอดจนซักถามข้อสงสัยกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อ RRT เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดทีมสหวิชาชีพร่วมในการให้คำปรึกษา และให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาตั้งแต่เป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาได้พิจารณา

และเตรียมตัวพร้อมรับการฟอกไตและยอมรับ RRT ได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ที่สนับสนุนทุนการวิจัยนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยและบุคลากรของหน่วยไตเทียมทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Changsirikulchai S, Sriprach S, Thokanit NS, Janma J, Chuengsaman P, Sirivongs D. Survival analysis and associated factors in Thai patients on peritoneal dialysis under the PD-First policy. Perit Dial Int 2018;38(3):172-8.
2. Knauf F, Aronson PS. ESRD as a window into America's cost crisis in health care. J Am Soc Nephrol 2009;20(10):2093-7.
3. Ingsathit A, Thakkinstant 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.
4. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. Journal of the Department of Medical Services 2015;2(5):5-17. (in Thai)
5. Jesus NM, de Souza GF, Mendes-Rodrigues C, de Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. J Bras Nefrol 2019;41(3):364-74.
6. Apiwatnakorn A, Ruengorn C. Factors affecting rejection of dialysis in end-stage renal disease patients under universal health coverage in Uttaradit Province, Boromarajonani College of Nursing. Uttaradit Journal 2018;10(2):29-43. (in Thai)
7. Daengsibua A, Topark-ngarm A, Tatiyanupanwong S, Limwattananon C. Following up of stage 5 chronic kidney disease patients managed with non-dialytic treatment. Journal of Health Systems Research 2015;9(2):181-92. (in Thai)

8. Kaakinen P, Leena PP, Kyngas H, Kaariainen M. Counseling chronically ill adults in the healthcare setting: An integrative literature review. *J Nurs Educ Pract* 2012;2(3):185-202.
9. Punjathumjarern N, Wanchai A, Kaewboonsert D. Treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease, Phayoa Hospital. *Journal of Health Science Research* 2019;13(2):1-10. (in Thai)
10. Rogers CR. Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
11. Roger CR. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
12. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1991.
13. Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Sample size in clinical research. In: Pitisuttithum P, Picheansoonthon C. Textbook of Clinical Research. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2011. p.107-43. (in Thai)
14. Fungrakoon S. Effect of DR. TITAN ANIMATION as a counseling aids on pre-dialysis [Diploma of the Thai Board of Family Medicine]. Bangkok: The Royal College of family Physicians of Thailand; 2015. (in Thai)
15. Kaewsrisang S, Sookprasert P, Sangchaisirisuk U. Model of information for patients with chronic kidney disease and their families in the treatment of renal replacement therapy Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. *Sawanpracharak Medical Journal* 2011;8(3):116-26. (in Thai)
16. Combes G, Sein K, Allen K. How does pre-dialysis education need to change? Findings from a qualitative study with staff and patients. *BMC Nephrol* 2017;18:334: 11 pages.
17. Tamura MK, Li S, Chen SC, Cavanaugh KL, Whaley-Connell AT, McCullough PA, et al. Educational programs improve the preparation for dialysis and survival of patients with chronic kidney disease. *Kidney Int* 2014;85(3):686-92.
18. de Maar JS, de Groot MAJ, Luik PT, Mui KW, Hagen EC. GUIDE, a structured pre-dialysis programme that increases the use of home dialysis. *Clin Kidney J* 2016;9(6):826-32.
19. White CA, Pilkey RM, Lam M, Holland DC. Pre-dialysis clinic attendance improves quality of life among hemodialysis patients. *BMC Nephrol* 2002;3:3.