

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย¹

สุวพักรัตน์ ลิทธิ²

นิภารัตน์ จันทร์วงศ์²

อรอนงค์ พงสุภา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประจักษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยไตวาย ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยไตวาย ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลศรีสงครามทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 4,367 คน คัดกรองตามเกณฑ์ด้วยอัตราการกรองของไต จำนวน 507 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้วย Multiple Logistic Regression เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน สันทนากลุ่มจำนวน 12 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 507 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ระยะที่ 4 ร้อยละ 52.90 ระยะที่ 5 ร้อยละ 47.10 พบมากในเพศหญิงร้อยละ 60.20 อายุเฉลี่ย 68.94 ปี ± 11.8 SD อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 15.93 ± 8.91 ml/min/1.73m² ในกลุ่มเลือกบำบัดทดแทนไต อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 7.22 ± 6.75 ml/min/1.73m² เมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานพบว่า กลุ่มผู้ป่วยสามารถรักษาระดับอัตราการกรองของไตได้สูงกว่าอัตราการกรองของไตกลุ่มระดับประคับประคองเฉลี่ย 18.05 ± 8.05 ml/min/1.73m² เมื่อแบ่งกลุ่มการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เลือกบำบัดด้วยการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด พบว่ากลุ่มระดับประคับประคองสามารถดูแลตัวเองให้อัตราการกรองของไตสูงกว่าเกณฑ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย eGFR โรคร่วม อายุ และพื้นที่บริการ โดยที่ผู้ป่วยในเขต ที่มีระดับ eGFR ต่ำ และอายุมาก จะตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มากกว่ากลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต (Dialysis) และผู้ป่วยนอกเขตที่มีภาวะไตเสื่อม จะตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต (Dialysis) และเลือกเข้ารับบริการในคลินิกไต มากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

คำสำคัญ: ไตวายเรื้อรัง, บำบัดทดแทนไต, แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

วันที่รับบทความ
15 พฤษภาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
21 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ
26 มิถุนายน 2566

¹สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: siamhong551@gmail.com โทร. 089-4207174

²สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข

Factors Associated with the Selection of Renal Replacement Therapy among Patients with Chronic Renal Failure as Based on the Health Belief Model Employed in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

Siamhong prompakai¹

Suwapak sitthi²

Niparut Chanwong²

Onanong Pongsupa²

Abstract

The purpose of this applied research was to study the occurrences of chronic renal failure (CRF) and to determine the factors associated with the selection of renal replacement therapy (RRT) by the retrospective reviewing of 4367 registered patients with CRF in Sri Songkhram Hospital between 2018 and 2020. Screening was based on the standard criteria of the estimated glomerular filtration rate (eGFR) in 507 patients. The relevant descriptive and inferential statistics were applied for data analysis. Multiple logistic regression was used to determine factors associated with the selection of RRT among patients with CRF. In-depth interviews and group discussions took place among 15 CRF patients, while 12 CRF patients were examined for qualitative data collection. A context analysis was then applied for the purpose of a qualitative data analysis.

The study findings found that 507 patients were end-stage CRF patients (11.6%), 52.90% of whom were classified into stage 4, and 47.10% in stage 5, respectively. It was commonly found among female patients (60.20%), at an average age of 68.94 years (S.D.= 11.8 years), while their average eGFR was 15.93 ± 8.91 ml/min/1.73m². The RRT patients were classified into 2 groups: 1) Dialysis patients and 2) Palliative-care patients. Among dialysis patients, the eGFR was 7.22 ± 6.75 ml/min/1.73m². When compared to the standard values of eGFR, palliative-care patients were able to maintain higher eGFR than standard values of eGFR at 18.05 ± 8.05 ml/min/1.73m² and were able to take care of themselves sufficiently well to have a higher eGFR than the standard values. Factors associated with the selection of RRT were eGFRs, comorbidities, patient ages and the service areas. Patients dwelling in the service areas presented a good level of eGFR, which was mostly found in older age groups. They were mainly selected for palliative care rather than dialysis, while CRF patients who were dwelling outside of service areas tended to be selected for dialysis treatments provided at the hospital renal clinic than for palliative care.

Keywords: Chronic renal failure, Renal replacement therapy, Health belief model

Received

Revised

Accepted

15 May 2566

21 June 2566

26 June 2566

¹Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Corresponding author e-mail: siamhong551@gmail.com

Tel. 089-4207174

²Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการตายและความพิการและมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาหลักของการเจ็บป่วยโดยเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่า ปี ค.ศ.2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 เท่า¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และศักยภาพในสังคม ทำให้โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยากต้องวางแผนการรักษาในระยะยาว ระบบดูแลต้องมีการประสานงานกันในห้องสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงสังคม ชุมชน เป้าหมายในการรักษาให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว¹ โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของโลก สาเหตุของโรคที่พบบ่อยเกิดจากเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองของเสียจึงมีภาวะโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวานจึงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจนเกิดโรคไตวายเรื้อรัง พบความชุกโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ40² การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการตรวจและการรักษาช้าพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ³ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ สามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบเมื่อมีอาการมากแล้ว เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD)³ ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: eGFR) อยู่ระหว่าง 30–59 ml/min/1.73m² ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซีด

เนื่องจากไตสามารถสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยทิน (Erythropoietin) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ผู้ป่วยซีด ระยะที่ 4 eGFR ลดลงมาก โดยอยู่ระหว่าง 15–29 ml/min/1.73m² ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลียมีอาการซีดมากขึ้น มีอาการบวมและภาวะเลือดเป็นกรดระยะที่ 5 ค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 15 ml/min/1.73m² เป็นระยะที่ไตทำหน้าที่ลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม อาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตวิธีล้างไต (Dialysis) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต หรือที่เรียกว่า Renal Replacement Therapy (RRT)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 689,720 คน คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร³ ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน ประมาณ 70,000 คนและเพิ่มขึ้น 10,000–15,000 คนต่อปี การฟอกด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

โรงพยาบาลศรีสงคราม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 80 เตียง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ปี 2560–2563 จำนวน4,744,3937,4336,4360 ราย ได้รับการคัดกรองไตร้อยละ 73.08, 76.99, 37.84, 66.33 ตามลำดับ เลือกรักษา HD ร้อยละ 0.02, 9.30, 0.00 ตามลำดับ เลือกรักษา CAPD ร้อยละ 21.02, 11.63, 9.09 ตามลำดับ เลือกรักษา Palliative Care ร้อยละ 76.92, 79.07, 90.91 ตามลำดับ สำหรับการปลูกถ่ายไตยังไม่มีรายงาน ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะ 4 และระยะ 5 ต้องเข้าคลินิกไตวายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด

ทดแทนไต หรือที่เรียกว่า (renal replacement therapy (RRT) ซึ่งในการให้คำปรึกษาจะมีระยะจนผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต หรือเลือกการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ 2 หน่วยงานคือ หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง และหน่วยฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต มีผู้เคยศึกษาเกี่ยวกับการชะลอไต วางโปรแกรมเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคไตวาย ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม และแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น เป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวจะต้องมีความรู้สึกล้วต่อโรคหรือรู้สึกที่โรคคุกคามตน และต้องมีความรู้สึว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นข้อมูลในการทำการศึกษابัจจัยที่มีผลต่อการเลือกตัดสินใจทำและไม่ทำการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายโดยมุ่งความสนใจไปที่ความคิด ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ตัวแปรที่ทำการศึกษประกอบด้วย บัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ โรคร่วมอาศัยอยู่ใน/นอกเขต ผลการตรวจ eGFR บัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 และ 5 ในคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาบัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาถึงการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ การบำบัดทดแทนไต การรับรู้อุปสรรคในบำบัดทดแทนไต การรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประยุกต์ คือการศึกษาสถานการณ์การบำบัดทดแทนไตด้วยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานความดันในโรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 4,367 คน ศึกษาถึงการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยกระบวนการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในตัวแทนผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ในอำเภอศรีสงคราม ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 15 คน คือคนที่เลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด วิธีฟอกไตทางหน้าท้อง วิธีดูแลแบบประคับประคอง ใช้เวลา 30-45 นาที การสนทนากลุ่มในตัวแทนผู้ป่วยจำนวน 6 คน ผู้แทนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล จำนวน 6 คน ระยะเวลาในการศึกษาเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือน ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ คณะผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.82

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้การดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 007/64 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร/กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายที่มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 50 จำนวน 4,367 คน คัดกรองตามเกณฑ์ด้วยอัตราการกรองของไตจำนวน 507 คน ปัจจัยที่มีผล เมื่อเปรียบเทียบ อายุกลุ่มผู้ป่วยมากกว่า 60 ปี มีอัตราการกรองของไต

เฉลี่ย 16.69 ± 8.56 m/min/1.73m² ซึ่งผลดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 12.97 ± 9.66 m/min/1.73m² พื้นที่บริการผู้ป่วยในเขตบริการมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.42 ± 8.69 สูงกว่าผู้ป่วยนอกเขตบริการที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 10.28 ± 9.61 m/min/1.73m² กลุ่มการเลือกบำบัดทดแทนไตที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 18.05 ± 8.05 m/min/1.73m² สูงกว่ากลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 7.23 ± 6.75 m/min/1.73m² แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ กลุ่มผู้ป่วยแบ่งตามเพศ เพศหญิงมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.93 ± 8.73 m/min/1.73m² สูงกว่าเพศชายซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 14.44 ± 8.99 m/min/1.73m² กลุ่มที่มีโรคร่วมอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 16.09 ± 9.06 m/min/1.73m² สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไต 15.01 ± 7.91 m/min/1.73m² แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตของกลุ่มผู้ป่วย แบ่งตามการบำบัดทดแทนไต

variable	mean	Std. Deviation	Mean Difference	t-test	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
					Lower	Upper	
GENDER							
Male	14.44	8.99	-2.49	-3.09	-4.08	-0.91	0.002*
Female	16.93	8.73					
AGE group							
< 60 years	12.97	9.66	-3.72	-3.57	-5.78	-1.66	0.000**
≥ 60 years	16.69	8.56					
Underlying							
Metabolic disease	16.09	9.06	1.08	1.03	-.99	3.15	0.015*
Non-metabolic	15.01	7.91					
Area service							
In	16.42	8.69	6.14	4.25	3.31	8.98	0.000**

variable	mean	Std. Deviation	Mean Difference	t-test	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
					Lower	Upper	
Out	10.28	9.61					
RRT group							
Dialysis (HD/CAPD)	7.23	6.75	-10.83	-13.75	-12.38	-9.27	0.000**
Palliative	18.05	8.05					

*P<0.05, **P<0.0001

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ Health Believe Model

การรับรู้โอกาส (perceived susceptibility)

ส่วนใหญ่รับรู้โรคเกิดจากพฤติกรรมการกิน เช่น การรับประทานอาหารหวาน แป้ง อาหารเค็ม โดยปรุงตามความชอบของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และรับประทานตามความอยากของตนเอง “บางทีลูกซื้อของกินมา ขอลูกกินเพราะอยาก อดไม่ได้ ขอลูกกิน เช่น หน้าลำไย ยายอยากกินขอลูกกิน ลูกก็ให้กินลูกสองลูก บางทีกินหลายลูก” “ขนมจีนกินนะ แต่กินครั้งละหัว แต่ว่าบุญเดือนสี่กินเยอะนะ จนสามีบอกอย่ากินหลาย” โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ปรับพฤติกรรมการกิน “เป็นที่เสากินบะลำ บัหยัง” “กะลิกเกี่ยวกับโรคแพน เพราะว่ามันบะลำ ช่วงหนึ่งยายกินบะลำ ยายอยาก” “คับหลายกว่าหมูนาคับ เสากินน้ำบางทีเอ มันอาจจะมึ่ตะกอนมีเชื้อมีหยั่งน้อ เว้าบักคับ คือว่ามากับน้ำจักมีหยั่งต่อหยั่งแน่น แสงซุมีน้อนี้ไค่แน่น ไทเอากะบ่ค่อยกล้ำกินน้ำ แม่แต่น้ำฝนกะบ่กล้ำกิน เป็นน้ำขวดแล้วซุมีน้อนี้ ไค่แน่น แต่มันกะมาแนวอื่น คั่นว่านั่นแหละ สังเกตเบิ่งคือเบาหวานนี้ แต่ก่อนนี้ แต่รุ่นผมเป็นนิ เพ้นลิวาอายุจะต้อง 40 อัฟ ซุมีน้อนี้ 3 ปี คือว่าเป็นละกะว่ามี (หัวเราะ) ผมกะว่าอาหารนิละกะส่วนหลาย แต่มันลิวาในรูปได้ ท่อนั้นละคับ จังว่าเด็กน้อย

ลิวานำหยั่งนำขนม นำค้อฟฟี่ เบาะรีพวงน้ำตาลเบาะรีว่าแนวได้” (PT_fc1_02)

โรคประจำตัวและโรคร่วมที่เป็นปัญหาและนำไปสู่การเกิดภาวะไตวาย ได้แก่ เบาหวาน และนิ่วไต ซึ่งเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีจะกลายเป็นไตวายแต่กรณีนิ่วไตยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน “เป็นไตวายเพราะนิ่วไต ผ่าตัดออก 1 ข้าง มีนิ่วปี 27 ทำงานที่ซาอุ ว่าจะกลับมาผ่า แล้วอาการดีขึ้น” โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยทราบหรือรู้จักภาวะไตวายมาก่อนเลย “ผมกะคิดอยู่ คือบ่ได้เฮ็ดหยั่งคือมาเป็นจั้งซี ที่แรกมันก็เป็นเจ็บข้อแขนนี้แหละ” (PT_Ind_001; 002; 00; 004; 007; 008; 012; 013; 014)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค(perceived severity)

จากการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักชัดเจน คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่มีต่อฐานะทางสังคมของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงมีการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม “คนที่ทำที่หลังก็ตายไปก็มี มีแต่ติดเชื่อ ลาวบ่เขาเป็น เพ้นบอกว่า

โรคมันอันตราย มันหนักหน้าไปเรื่อยๆ ไตน้อยลงเรื่อยๆ เหลือหัว 50 นี่ละ...ถ้าเราพอกเราจะไม่เหนื่อย ไม่เพลีย พอกเราจะขับของเสียออก เราอาจช็อกได้ ถ้าเราไม่รักษา...รู้ยัง น้ำท่วมปอดก็เป็น 2 ครั้ง ตอนยังไม่ไปพอก...ผู้ป่วย บางทีลูกซื้อของกินมา ขอลูกกิน เพราะอยาก อุดบ่ได้ ขอลูกกิน เช่นหน้าลำไย ยายอยากกินขอลูกกิน ลูกก็จะให้กินลูกสองลูก บางทีกินหลายลูกก็จะซื้อเลย หยด(หัวเราะ) เดี่ยวจะเป็นอย่างอื่นไป เป็นน้ำท่วมปอด ก็ได้คุณน้ำ ลูกบ่ให้กินหลายชั่งนี้ยายบ่ได้กินหยั่งคะลำ.”(PT_Ind_002; 003; 010; 012; 013) “สุดท้ายของความรุนแรง ผมนัดครั้งไหน ไผ่กะว่าบ่ยัง ไทบ้านว่าตายคัก มันชียายใจบ่ได้ มันลิสฮา ฮา ฮาๆๆๆ (อาพาทำท่าหายใจลำบาก) ญาติพามาโรงพยาบาลกะคิดว่าตัวเองจะไม่รอด แต่ก็เป็นคนดีใจแข็งแหย่จักหน้อย ตั้งสติว่า บ่ตายๆๆๆๆ ต้องบ่ตายตายบ่ได้ ตายยังไมได้” (PT_fc1_02)

การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดไตแต่ละวิธีของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการความตามคำแนะนำของหมอ อาการแสดงออกของโรคของผู้ป่วยและ Care giver ผู้ป่วย Palliative CKD เชื่อว่าการไม่เลือกพอกไต เป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วย มีความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต "กินข้าวแบบสบายเลย การขับปัสสาวะก็ดี" "สะดวกดีได้ละ มือนี้กะขับมอไซค์มาเอง" "คนเฮ็ดกะตาย บ่เฮ็ดกะตาย" ส่วนผู้ป่วย CAPD ตัดสินใจว่าการเลือกบำบัดทดแทนไตทางหน้าท้องเพราะ รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำ ลดอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น " ทำแล้วก็ดีขึ้น อยู่ดีกินดี " "ถ้าเราพอกเราจะไม่เหนื่อย ไม่เพลีย พอกจะขับของเสียออก เราอาจช็อกได้ ถ้าเราไม่รักษา" และผู้ป่วย HD การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดไตทางเส้นเลือด เพราะความสะดวกสบาย "ไม่เป็นภาระของคนรอบข้าง ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ " มันจำกันได้ ยานติดเชื้อมันลูกเมียบ่อยู่น่า เฮ็ดผู้เดียวกะได้อยู่ดอก แต่เป็นหยั่ง

แลงพุ่นได้เค้าจั่งมา เอ้า เฮ็ดเส้นดีกว่า" ยากผู้เบ่งอันนี้พอกได้ผมกะอยากไปได้ แต่ค่ายพอกมาผมกะบ่ได้อยู่ชื้อๆได้ไปกรีดยางได้" (PT_Ind_001; 003; 008; 009; 010; 0011; 012; 013; 014) “เป็นโรคที่ทรมาณแต่กะได้อยู่อย่างหนึ่ง เป็นโรคที่ซื้อชีวิตไว้ได้ ผมว่าเป็นโรคเดียวที่ซื้อชีวิตไว้ได้ คือผม ถ้าบ่พอกคือซิบเกิน 15 มือ แม่นบ่ครับ” (PT_fc1_02)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย แสดงออกในลักษณะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ การรับรู้ที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักในครั้งหนึ่งที่ชัดเจนคือ การตระหนักด้านการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะแสดงออกในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสจืด หากสามารถทำอาหารเองได้ จะประกอบอาหารกินเอง แต่หากไม่สามารถทำเองได้จะมอบภาระให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติ ส่วนการจัดซื้อตามท้องตลาดจะเลือกทำในกรณีที่เป็นจริง ๆ ซึ่งผู้ป่วยก็ตระหนักว่าจะได้รับปริมาณเกลือ เครื่องปรุงที่เกินขนาด แต่จำเป็นต้องกินในบางมื้อ พยายามควบคุมให้เกิดน้อยครั้ง การกระทำที่บ่งบอกความสามารถของผู้ป่วยอีกประการหนึ่งคือการจัดการเรื่องเวลาในการนัดหมายเข้ารับการพอกตามเวลาที่กำหนดตามแพทย์สั่ง ซึ่งต้องจัดการตั้งแต่การเดินทาง การดูแลอาการเหนื่อยและอาการแทรกซ้อนของตนเองก่อนและหลังการพอก นอกจากนั้นการจัดการของผู้ป่วยยังสะท้อนจากการจัดการด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคได้แก่ การจัดการกับความเครียด การสร้างความหวังจากอาการที่ดีขึ้นหลังจากการพอก การปรับพฤติกรรมของตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ การจัดการกับรายจ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาโรค เป็นต้น "คะลำผู้เจ้าเอา..ปรับนิสัยตัวเอง จากเคยกินปลาร้า ก็เป็นซอสแทน ผงชูรสถ้าซื้อตลาดก็ต้องกินบ้างเพราะเขาใส่มา แต่ถ้าทำเองก็ไมใส่ เลยทำเองไม่อร่อยก็กินพอกให้กินข้าวลงเนี่ยละ...คันลูกเมียบ่อยู่

นำ เอ็ดผู้เดียวจะได้ยู่ดอ....ถึงเวลาฟอก ก็มาฟอก.. ถ้าฝนตกลูกเขยขับรถมาส่ง บางครั้งขับสามล้อมาเอง ไม่รู้ว่าก็ก็โล ไม่ได้นับ....กะบ่เมื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้ มาฮอดเฮือน กะพักตามเล็กตามน้อย ..ปัญหา ค่าใช้จ่ายกะมีขึ้นแล้ว แต่กะพอหาได้...ไม่มีเงินก็เอา ที่ดินไปจำนอง ธกส. ตัวเองมีที่ดินเยอะ..เครียดอยู่ เครียดกับตัวเองนี่ละ คิดหลาย...การจัดการ ความเครียดกะไปวัดวันพระ..(PT_Ind_110; 003; 004; 007; 013)

การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยแสดงออกในเรื่องกลัวการติดเชื้อ “ย่านติดเชื้อ” “อยู่แต่บ้าน กลัวสกปรก” และขาดผู้ดูแลเมื่อบำบัดทดแทนไต “หมอเว้าปั่นฟองอยู่ เป็นไตวาย ลาวบอกให้ไป โรงพยาบาลแต่เหิงละ แต่ข้อยบ่ไป บ่มีผู้ดูแล” “ลำบากลูกเต๋านี้แหละ” “มีสามีอยู่แต่ทำให้ไม่ได้ เพราะว่าเจ็บแข็ง เจ็บขา หลังโกรง” ค่าใช้จ่ายในการฟอกไต “อดเอาให้ลูกเรียนจบซะ ถ้ามีเงินมีค่าจ้างไป รักษาต่อว่าซัน” “เฮาหาเงินได้บ่ดลือ เฮากะเอามาป้าไว้ฟอกไตละหย่า” และการเดินทางเพื่อรับการฟอกไต “อุปสรรคแต่เรื่องการเดินทางนี่แหละ” “เดินทางญาติพี่น้องมาส่ง ระยะทาง 21 กิโลเมตร เต็มน้ำมันครั้งละ 600บาท”(PT_Ind_001,002,003,004,005,006,007, 008,009,010,011,012,013,014) “กะผมมะครบอยาก ให้ช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟอกเลือดคือการล้างหน้าท้องนี้ มันเป็นการยาก มันมีอุปสรรคหลายต่อชีวิตประจำวัน คือ การหาอยู่หากิน ไปบ่ได้เลยลงน้ำกะลงบ่ได้ ใส่เบ็ดใส่มองคือสมัยก่อนๆบ่ได้ อาบน้ำ เอ็ดให้แผลเปื่อยกะบ่ได้ เข้าสังคมหยั่งกะยาก ต้องไป เอ็ดตามเวลาอยู่ตลอด” (PT_fc1_04)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในการตัดสินใจ การบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิ่งชักนำที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจในครั้งนี้ที่ชัดเจน คือ การเลือกฟอกไตทางเส้นเลือด โดยผู้ป่วยจะต้องมี

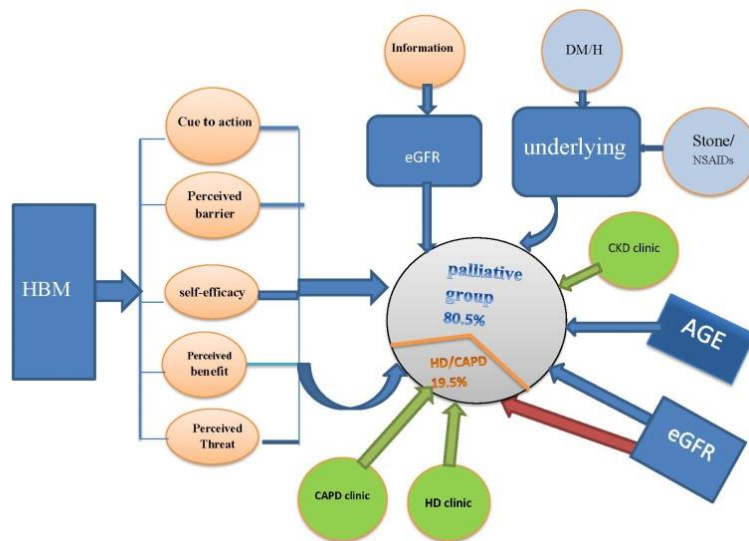
care giver ในการช่วยตัดสินใจและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มูลเหตุสำคัญในการเลือกฟอกไตทางเส้นเลือด ไม่มี care giver ในการดูแล ผู้ป่วยอายุยังน้อยและเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว care giver อยู่ไกลต้องทำงานหาเงิน ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่เป็นข้อจำกัดในการฟอกไตด้วยวิธีอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ แต่มีความจำเป็นต้องฟอกทางเส้นเลือด และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตที่ทำการฟอกแล้ว เป็นต้น “ลูกอยู่เกาหลี ตัดสินใจให้ฟอกทางเส้นเลือด ยายมีโรคหัวใจด้วย, บ่อแล้ว หัวเราะ มันจะไม่สะดวก เวลาทำงาน, กะตอนแรกผมเห็นเขาฟอกทางหน้าท้อง ผมกลัวอันตราย กลัวติดเชื้อ เลยตัดสินใจมาฟอกทางเส้นเลือด, ที่ตัดสินใจเลือกทางเส้นเลือดเพราะกลัวที่จะทำผ่านหน้าท้อง ฟอกทางเส้นเลือดอยู่ 3 เดือนกว่า (IND_002 ;IND_008; IND_010)

การฟอกไตทางหน้าท้อง มูลเหตุในการตัดสินใจที่สำคัญ care giver มีส่วนสำคัญที่ช่วยชักนำให้เกิดการช่วยการตัดสินใจเลือกฟอกไตทางหน้าท้อง ค่าใช้จ่ายไม่มีเงินที่จะฟอกไตทางเส้นเลือด และจากประสบการณ์ที่เคยฟอกทางเส้นเลือดเหนื่อย กลัว “ที่ตัดสินใจเลือกทางเส้นเลือดเพราะกลัวที่จะทำผ่านหน้าท้อง ฟอกทางเส้นเลือดอยู่ 3 เดือนกว่า, ไม่แล้ว ไม่คิดอยากฟอกทางเส้นแล้ว กลัว, ฟอกครั้งละ 1,500 บาทอันนั้นลาวไปฟอก ไปฟอกยามได้ ตายบ่ดลือทุกเที่ยว มาฮอดบ้านสองมือกะบ่พื้น ผู้ใหญ่บ้านหันหน้า (หัวเราะเบาๆ) ลาวเสียแล้ว ลาวเมื่อย (IND_010; IND_004)

การเลือกดูแลแบบประคับประคองตามอาการ มูลเหตุที่สำคัญ จากการขาดคนดูแล (care giver) ไม่มีเงินฟอก และจากประสบการณ์ผู้ป่วยไตที่เคยฟอกแล้วเสียชีวิต “ที่แรกที่หมอบอกว่าให้ไปเอ็ดเส้นไว้ บ้ามันไกลลิได้ไปฟอกแล้วได้ กะแข็งแรงดี บ่ได้เมื่อยได้เหนื่อยเต๋อ บัดนี้ เฮาพั่นย่าน แข็งแรงอยู่แบบนี้ กะซันว่าลิให้ไปฟอก โอ้ย กูบ่ไปฟอกดอก วะซัน ซอกหา ยาฮาโกไม้ฮากยา มากินดีกว่า, ทุกข์กะทุกข์แท้ได้ มีลูกกะตาย พาไปหาหมอ แต่แม่เป็นผู้เสียเงิน ค่ำรถกะแม่

ค่ายาแม่, ที่เลือกฟอกทางเส้น ลูก็ยังเรียนหนังสืออยู่ ถ้าเขาไปเลือกหน้าท้อง เขาจะไปเอ็ดกับข้าวกับปลาขายได้บัดนี้ เพื่อนาเฮียนเลยบอกว่า เอาเงี๊ยะ เขาหาเงินได้บัดเลอ เขาจะเอามาป๊าไว้ฟอกไต ละหย่าลาวกะบ่รักษา ลาวเป็นสะเก็ดเงิน ลาวนาเซารักษา เพราะว่า มันกะบ่ร้ายแรงถึงขั้นตาย กะทมมานซื้อซื้อลาวว่า กะเลยเซารักษาตั้งแต่ปีกลาย (IND_014; IND_012)

สิ่งชักนำที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ที่สำคัญการได้รับความรู้ คำแนะนำจากทีมแพทย์ พยาบาลผู้รักษาและดูแลผู้ป่วยโรคไต “วิธีการดูแลการฟอกไต ตอนแรกไม่กล้า ฟอกไตวายชั้นที่ 5 เลยเปรียบเทียบระหว่างการฟอกทางเส้นเลือดกับฟอกผ่านทางหน้าท้อง ล้างไตผ่านทางเส้นเลือดจะมีอาการเหนื่อย แต่พอล้างไตผ่านทางหน้าท้องปกติ” (IND_010)



ภาพที่ 1 แผนภาพปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบำบัดทดแทนไตตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไต เพศหญิงและกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราการกรองของไตสูงกว่าเพศชายและกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อธิบายได้ว่า เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับการชะลอไตสดคล้องกับ ภทรพรรณ อุณาภาค และคณะ⁴ การอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตที่มีคลินิกโรคไต ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มนอกเขต สอดคล้องกับ รวีวรรณ พงศ์พิศพัชร และคณะ⁵ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ การเลือกบำบัดทดแทนไตกลุ่มระดับประคองมีอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มเลือกบำบัดด้วยเครื่องฟอกไตทางเส้นเลือดและทางหน้าท้อง อธิบายได้ว่า

การเลือกประคองประคองชะลอไตด้วยการปรับพฤติกรรม และเข้ารับการดูแลในคลินิกชะลอไตมีผลต่อการชะลอไต สอดคล้องกับกุนาสีพร ตรีสอน⁶ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และสุรัสวดี พนมแก่น และคณะ⁷ ทำการศึกษายาทาพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการชะลอไตด้วยการปรับพฤติกรรม จากภาพผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แบ่งกลุ่มการตัดสินใจออกเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคองประคอง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ปัจจัยที่มีผลประกอบด้วย โรคประจำตัว อัตราการกรองของไต ซึ่งตรงกับ Norberto Perico and

Giuseppe Remuzzi⁸ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงของเสียชีวิตโรคหัวใจและหลอดเลือด และ CKD ส่วน Theerapon Sukmark and Supanun Sukmark⁹ และ Surapong Narenpitak and Aphaphan Narenpitak¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR เป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการเกิดโรคไตเรื้อรังได้เร็วขึ้น ระยะเวลาของโรคเบาหวานโรคเบาหวานที่มีประวัติความดันโลหิตสูงระดับไตรกลีเซอไรด์และโรคจอตาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมีไตลดลง การตัดสินใจเพื่อเลือกการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มผู้ป่วย ที่เลือกการบำบัดแบบประคับประคอง สิ่งที่แสดงออกให้เห็นมากโดยการรับรู้อุปสรรคแสดงออกเกี่ยวกับการขาดผู้ดูแล กลัวการติดเชื้อ กลัวความยุ่งยากลำบากในครอบครัว การเดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง เสียภาพลักษณ์ กลัวทำงานไม่ได้ หาเงินไม่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้แสดงออกมาให้เห็นในสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีปัจจัยหลากหลายเช่น การตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง ไม่อยากเป็นภาระแก่ลูกหลาน การไม่มีคนดูแล ไม่สามารถจัดหาพื้นที่ในการทำบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ภทรพรรณ อุณาภาค และคณะ⁴ พบว่า ปัจจัยด้านประชากรคือ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อันดับถัดมาความสามารถในการดูแลตนเองในทางบวกของผู้ป่วยไตวาย แสดงออกด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การเลือกอาหารทดแทนที่สามารถช่วยชะลอไต ความสามารถในการรับประทานยา การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียดที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวันซึ่งตรงกับ ในส่วนของการรับรู้ความรู้และรับรู้ประโยชน์จะได้รับในกระบวนการให้ความรู้ก่อนการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่เมื่อระดับอัตราการกรองของไตเข้าสู่ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาทั้งในตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวผู้ดูแลอย่างน้อย 2-3 ครั้ง

ส่วนในกลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไต จะสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มกลุ่มที่ตัดสินใจโดยยังไม่เข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน แบบแผนความเชื่อจะแสดงออกให้เห็นในรูปแบบที่เป็นการตัดสินใจด้วยความสามารถในการดูแลตัวเอง(Self-efficacy) เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cut to Action) เช่น ในกลุ่มที่เลือกการทำ CAPD จะแสดงออกในเรื่องการมีผู้ดูแล และผู้ป่วยเองต้องสามารถทำการบำบัดได้ด้วยตนเองก็ได้ มีความพร้อมทางด้านสถานที่ และรายได้ ของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา อติวิชญานนท์¹¹ พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้สูง ผู้ป่วยจะต้องมี care giver ในการช่วยปรึกษา ดูแล รวมถึงแพทย์และบุคลากรทางแพทย์ ชี้นำ ปรึกษา ช่วยปรับความคิด พฤติกรรมและ จิตใจไปในทางที่ดีขึ้น และจันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์ และคณะ¹² ได้ศึกษาว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูก ภาวะซึมเศร้า จึงพบข้อเสนอแนะโดยการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูกลดน้อยลงกลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉินเช่น มีภาวะไตวาย ภาวะน้ำท่วมปอด ในภาวะวิกฤตคุกคามชีวิต (Threat) จะแสดงออกถึงการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตอย่างโดยอ้อมหนึ่งเพื่อรักษาชีวิตไว้ และจะใช้การตัดสินใจโดยเลือกจากบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการในหน่วยงานให้บริการ คลินิกโรคไตวาย หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง หน่วยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมผู้ป่วยการให้ข้อมูล การสื่อสาร ทั้งกระบวนการสื่อและวิธีการในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการเลือกบำบัดทดแทนไต และส่งผลต่อการชะลอไตได้ในกลุ่มที่ระดับประคอง และในกลุ่มที่เลือกบำบัดทดแทนไตการเตรียมผู้ป่วยที่ดี จะเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cut to Action) คลินิกโรคไตวายจะต้องมีกระบวนการและแนวทางในการดูแลชะลอไตเสื่อม เพื่อรักษาอัตราการกรองของไต จะเห็นว่ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เบาหวานและความดันเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลคัดกรองเพื่อให้สามารถทำการชะลอไตให้เร็วที่สุด รักษาอัตราการกรองของให้อยู่ในระดับ 3 อยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73m² หรือมากกว่านั้น เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องรับเข้ามาดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งอายุของกลุ่มผู้ป่วยก็สูงขึ้นเรื่อยๆ การชะลอไตจึงมีความซับซ้อนมากขึ้น หน่วยฟอกไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จากข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มผู้ป่วยแสดงออกว่าหน่วยฟอกไตทางหน้าท้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ แต่ด้วยหน่วยบริการที่มีเพียง 1 หน่วยที่เพิ่งเปิดบริการและต้องให้บริการอำเภอนาหว้า อำเภอนาทม อำเภอบ้านแพง อำเภอโพนสวรรค์ ซึ่งหากแนวทางในการเลือกบำบัดทดแทนในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 มีการตัดสินใจใช้บริการจะมีแนวทางในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยในและนอกเขตหน่วยฟอกไตด้วยเครื่อง ด้วยศักยภาพที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ แต่หน่วยไตเทียมไม่ได้เป็นภารกิจหลักในการให้บริการในชุมชน การให้บริการมีขีดจำกัด แต่กลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตพื้นที่บริการ หากผู้ป่วยตัดสินใจบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องรอคิวฟอก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคที่สามารถยืดชีวิตได้ยาวนาน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ การเพิ่มศักยภาพหน่วยไตเทียม อาจจะสามารถทำได้หากโรงพยาบาลมีงบประมาณแต่จากแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้าคิวรอรับบริการจะเป็นภาระของโรงพยาบาลและจะทำให้ระบบการชะลอไตเสื่อมขาดประสิทธิภาพเนื่องจากประชาชนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลชะลอไต เพราะสามารถฟอกไตได้ เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพจะแสดงออกถึงปัจจัยที่เกิดจากบุคคล เกิดจากตัวของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ การรับรู้ในทฤษฎี ทั้ง 6 ด้าน เพื่อเป็นตัวตัดสินใจในการเลือกบำบัดทดแทนไต จะเห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะส่งผลในการตัดสินใจว่าจะเลือกทำหรือไม่ทำ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ภทรพรณ

อุณาภาคและขวัญชัย⁴ ที่ได้ศึกษาว่า ปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคไต การรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยเป็นความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน แต่ในการศึกษาเราจะเห็นว่า ปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรค เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทาง การเข้าถึงบริการกลับเป็นปัจจัยชักนำที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากตัวของผู้ป่วยเองแต่จะทำให้ระดับของความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง จนเกิดการแสดงออกในการเลือกบำบัดทดแทนไตอีกทางหนึ่ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้แบบแผนความเชื่ออาจไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแรงขับเคลื่อนงานด้านการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียวอาจต้องใช้ร่วมกับการให้ความร่วมมือด้านครอบครัว ชุมชน เช่น การศึกษาของ Jessica Baillie, Paul Gill, Molly Courtenay¹³ พบว่าญาติและคนในครอบครัว ควรมีความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากการศึกษาในพื้นที่ จากการแสดงออกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตสามารถนำเอาแบบแผนความเชื่อไปประยุกต์ใช้เพื่อหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เลือกบำบัดทดแทนไต ทั้งในการเลือกแบบประคับประคองและการเลือกแบบฟอกทางหน้าท้อง และฟอกด้วยเครื่องให้สามารถนำมาสร้างต้นแบบการสร้างการรับรู้โรค ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์จากประสบการณ์ของต้นแบบในการเลือกใช้วิธีบำบัดทดแทนไตในพื้นที่

ต่างๆ เพื่อช่วยในเกิดการรับรู้ที่สามารถสื่อสารได้
ทดสอบได้ถึงความสำเร็จในการรักษา เลือกรับรู้
อุปสรรค เพื่อเสนอความช่วยเหลือหรือเป็นแนวทาง
ในการแก้ไขปัญหาให้กับกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ
ให้บริการในหน่วยบริการคลินิกไตวาย ศึกษาวิธีการ
ชะลอไตเสื่อมในพื้นที่เฉพาะเพราะวิถีชีวิตของกลุ่มคน
ในพื้นที่แตกต่างกัน หน่วยฟอกไตทางหน้าท้อง
ทำการศึกษาด้านแบบการปฏิบัติการเพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อ หน่วยไตเทียมศึกษาการเข้าถึงบริการของกลุ่ม
ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ทำการศึกษาการส่งเสริมการ
รับรู้ความสามารถตนเองและการจัดอุปสรรคของ
กลุ่มผู้ป่วยเพื่อเป็นต้นแบบในการทำโปรแกรมชะลอไต
ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภูติพิเตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีรวิมลพิษย์, สุพัฒน์ คำสอน, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, จริญญา แห่งสันเทียะ. การ
จัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง.วารสาร
การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558; 33: 41-49.
2. เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, ชุลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3: 194-207
3. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand สถานการณ์ปัจจุบัน ของโรคไต
เรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ ฉบับประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม, 2558 :5-18.
4. ภัทรพรณ อุณาภาค,ขวัญชัย รัตนมณี.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม.
2558; 10: 45-54.
5. รวีวรรณ พงศ์พิฒพิชร์,อรพณ ศรียุคตศุทธ,จงจิตร เสน่หา,นพพร ว่องสิริมาศ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต.วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
2556; 31: 52-61.
6. กุมาลีพร ตรีสอน.คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.
2561;15:13-20.
7. สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี แสดคง, สมใจ เจียรพะพงษ์, จรรยา คนใหญ่.บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559; 34: 14-18.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การกำหนดนโยบายเพื่อการสนับสนุนการ
ชะลอไต ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายที่เข้าในระยะที่ 3 ขึ้นไป
อย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในลักษณะ
ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งจะต้องอาศัยการร่วมมือใน
ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสงคราม สาธารณสุข
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม และขอขอบคุณ
ผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม ที่ให้ข้อมูลและ
มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จ
ลุล่วง

8. Norberto P, Giuseppe R. Chronic kidney disease: a research and public health priority. Nephrology Dialysis Transplantation. 2012. [30 มีนาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs284>.
9. Theerapon S, Supanun S. Predictors of Faster progression in Chronic Kidney Disease. J Med Assoc Thai. 2014; 97:812-819.
10. Surapong N, Aphaphan N. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes in Primary Health Care Unit of Udon Thani Province, Thailand. J Med Assoc Thai 2008; 91:1505-1513.
11. อาทิตยา อติวิชญานนท์. ภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. บุรพาเวชสาร. 2560; 4: 67-78.
12. จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559; 43: 28-36
13. Jessica B, Paul G, Molly C. Knowledge, understanding and experiences of peritonitis amongst patients, and their families, undertaking peritoneal dialysis: A mixed methods study protocol. 2017. [30 มีนาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746774/>