

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อความรู้ และการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Effect of Pre-Dialysis Counseling on Knowledge and the Decision to Pursue Renal Replacement Therapy in End-Stage Renal Disease Patients

จิรนาถ รัตนประพันธ์*¹ โสภิตา ทิพย์สวัสดิ์²

Jeeranat Ratanaprapan*¹ Sopida Thipsawat²

¹พยาบาลวิชาชีพ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ประเทศไทย 90100

¹Registered Nurse, Hemodialysis Unit, Songkhla hospital, Songkhla Thailand 90100

²สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

²School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อความรู้ และการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ามารับคำปรึกษาที่หน่วยไตเทียม 1 ใน โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 40 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความรู้และการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Pair t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ =15.05, SD =1.43) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ =10.00, SD = 2.38) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =13.80, SD =1.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และร้อยละการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า (ร้อยละ 50) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ร้อยละ 40) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 35) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มความรู้และการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไต ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยไตและบุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องมีแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทุกรายก่อนการบำบัดทดแทนไต

คำสำคัญ: โปรแกรมให้คำปรึกษา, ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การบำบัดทดแทนไต, การตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไต

Abstract

The study was a quasi-experimental research conducted to compare the effects of a pre-dialysis counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy among patients with end-stage chronic kidney disease at the dialysis unit of Songkhla Hospital. Forty patients meeting the inclusion criteria were selected and divided into two groups: an experimental group and a control group, each

Corresponding Author: E-mail: s.thipsawat@gmail.com

วันที่รับ (Received) 22 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 31 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 14 ก.ย. 2568

consisting of 20 participants. The experimental group received the counseling program, while the control group received routine nursing care. Knowledge and decision-making were assessed in both groups before and after the intervention. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

Findings showed that the experimental group's mean knowledge score after receiving the program ($\bar{X}=15.05$, $SD = 1.43$) was significantly higher than before the program ($\bar{X}=10$, $SD = 2.38$) and higher than the control group ($\bar{X}=13.80$, $SD = 1.51$) ($p < .05$). Decision-making acceptance of renal replacement therapy in the experimental group increased to 50% after the program compared to 40% before and 35% in the control group.

The results indicated that the pre-dialysis counseling program effectively improved patients' knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy. The study suggests that nurses and healthcare providers in dialysis units should implement structured counseling for all patients prior to treatment.

Keywords: Counseling Program, Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease, Renal Replacement Therapy, Decision to Pursue Renal Replacement Therapy

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรประมาณ 843.6 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง¹ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกอีกด้วย² สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC) พบว่าในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงถึง 1,062,756 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตมากถึง 70,474 ราย ยิ่งไปกว่านั้น ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกระยะรวมกันถึง 1,402,038 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 สูงถึง 107,846 ราย³

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีอาการแย่งจนเริ่มเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) < 30 mL/min/1.73 m²) ควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT)⁴ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยได้ออกนโยบายสาธารณสุขช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการรักษามากขึ้น ทั้งนี้การบำบัดทดแทนไต มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplant)^{5,6} อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการบำบัด

ทดแทนไต ได้แก่ วิธีการรักษา ค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการบำบัดทดแทนไต⁴ แม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะมีผลต่อผู้ป่วยคือลดอัตราการเสียชีวิตจากเดิมร้อยละ 31.3 เป็นร้อยละ 26.5 เพิ่มอายุขัยเฉลี่ย 6.2 ปี รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{7,8} แต่กลับพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40.12 ไม่ยอมรับการบำบัดทดแทนไต⁷ จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง การฟอกไต สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน ขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต ประโยชน์และความแตกต่างของการบำบัดทดแทนไตแต่ละแบบ แม้ว่าจะได้รับคำอธิบายตามความรู้ทางวิชาการแพทย์จากเจ้าหน้าที่มาแล้ว⁷ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบำบัดทดแทนไตแบบต่าง ๆ เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ความไม่เข้าใจในเรื่องที่กล่าวมาข้างต้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต รวมถึงความเชื่อผิด ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ทางวิชาการแพทย์ ได้แก่ การบำบัดทดแทนไตเร่งการเสียชีวิต⁷ ทั้งที่ตามหลักวิชาการการบำบัดทดแทนไตเป็นวิธีรักษา⁹ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต เช่น ยิ่งรักษายิ่งเป็นมากขึ้น¹⁰ รวมถึงการขาดความรู้ ข้อมูล และประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต อาจเป็นตัวกำหนดการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต¹⁰

ความรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น¹¹ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็เช่นเดียวกัน หากได้รับคำปรึกษาเรื่องการบำบัด

ทดแทนไตตั้งแต่เนิ่น ๆ และมีประสิทธิผล สามารถช่วยให้การเปลี่ยนผ่านจากโรคไตวายเรื้อรังสู่การเริ่มการบำบัดทดแทนไตตามแผนเป็นไปอย่างราบรื่น¹² ผู้ป่วยและญาติอาจเปลี่ยนใจหลังจากได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมรวมไปถึงการเลือกการบำบัดทดแทนไตด้วย^{13,14} จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาแนวทางในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ยอมรับการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาด้วยการยึดตัวของบุคคลเป็นศูนย์กลางของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส¹⁵ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁶ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (80.0% vs. 58.8%, $p < .001$)¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตมากถึงร้อยละ 80¹⁸ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาส่งผลต่อการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อศึกษาความรู้และการยอมรับการทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา โดยมุ่งเน้นการวางแผนในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อร้อยละการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ร้อยละการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

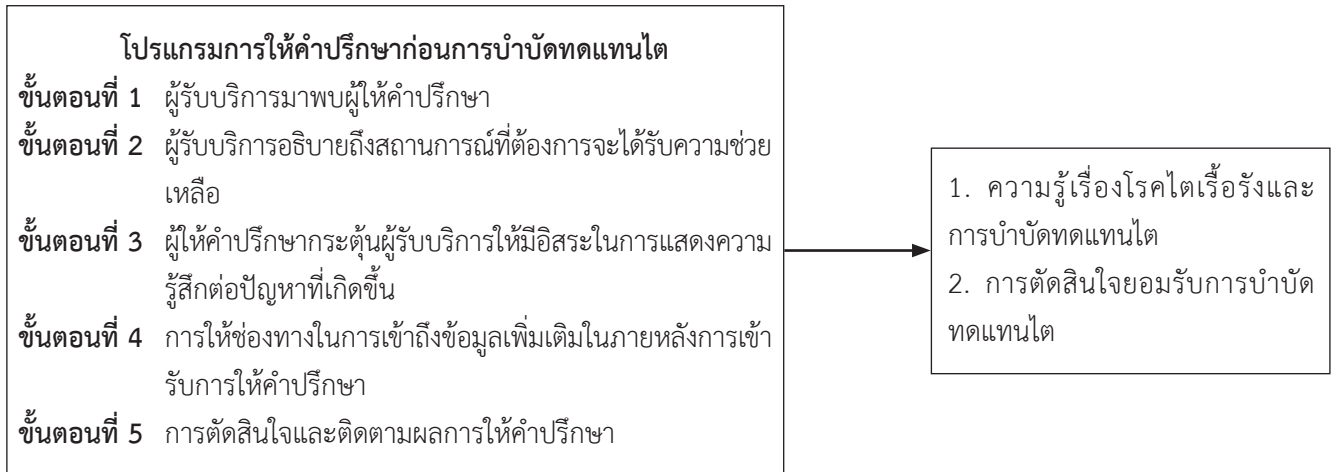
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered-counseling) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส¹⁵ ซึ่งกล่าวว่าการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหา ต้องให้ความสำคัญแก่ตัวบุคคลที่มารับคำปรึกษา มากกว่าปัญหาที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญ โดยเชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์ หากได้รับการยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ หรือความเห็นอกเห็นใจจากผู้ให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะกล้าเปิดเผยตนเอง หรือสามารถพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่พึงประสงค์ และท้ายที่สุดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ ร่วมกับทฤษฎีของโอเร็ม¹⁶ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการดูแลตนเองในระดับบุคคลเป็นสำคัญ บุคคลต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต หน่วยไตเทียม 1 ในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 345 ราย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ประเมินค่า effect size จากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่อง “เรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการดูแลตนเองเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไต” ของรุจลินทร์ และคณะ⁶ คำนวณได้ค่า effect size = 1.11 ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Alpha) เท่ากับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 แล้วนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 19 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกกลุ่มละ 1 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่แพทย์ส่งมารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยไตเทียม 1 ในโรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา (2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ (3) กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนวิกฤต และ (3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการมาตรวจตามนัดในเวลา 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกการบำบัดทดแทนไต ที่อยู่อาศัย และพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก กำหนดการให้คะแนน โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการตัดสินใจของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยอมรับการบำบัดทดแทนไต ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 4 ข้อ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส¹⁵ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ .85 และนำแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่มาฟังการให้ข้อมูลโรคไตการบำบัดทดแทนไต ที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability: r) มีค่าเท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการตัดสินใจของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มทดลอง ได้รับ “โปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต” ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้รับบริการมาพบผู้ให้คำปรึกษา (10 นาที) โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว อธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ และระยะเวลารับคำปรึกษา และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้พยานลงนามกำกับ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้รับบริการอธิบายถึงสถานการณ์ที่ต้องการจะได้รับความช่วยเหลือ (25 นาที)

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 จากนั้นจึงเปิดสื่อวิดีโอที่มีเนื้อหา ประกอบด้วย (1) ความรู้ทั่วไปและหน้าที่ของไต (2) ความหมายและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง (3) ปัจจัยเสี่ยงของโรคไต (4) อาการและอาการแสดงของโรคไต (5) การบำบัดทดแทนไต และ (6) สิทธิการรักษาเพื่อการบำบัดทดแทนไต หลังจากชมวิดีโอแล้วจะมีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ใช้เวลา 10-15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับบริการมีอิสระในการแสดงความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (10 นาที) โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับการบำบัดทดแทนไต หากผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจ จะมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การให้ช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลเพิ่ม

เติมในภายหลังการเข้ารับการให้คำปรึกษา (5 นาที) โดยผู้วิจัยให้ QR code หนังสือภาพอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง “ทำความรู้จักโรคไตกันเถอะ” เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรับการรักษาครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การตัดสินใจและติดตามผลการให้คำปรึกษา (10 นาที) โดยสรุปเรื่องราวที่พูดคุย การตัดสินใจบันทึกการให้คำปรึกษา การมาตรฐานตามนัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา เลขที่ SKH IRB 2024-Nrt-In3-1073 ได้รับการรับรองวันที่ 27 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ จึงวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่มีรหัสในการเข้าถึงข้อมูล และจัดการทำลายข้อมูลในไฟล์ Microsoft Excel และโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปภายหลังสิ้นสุดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 ($\bar{X}=53.90$ ปี, $SD=10.55$) มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/อาชีพอิสระ/รับจ้าง ร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

10,001-20,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 45 สิทธิการรักษาคือ ประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 75 ผู้ป่วย ร้อยละ 80 สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด มีความสามารถในการเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ร้อยละ 45

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดร้อยละ 40 เท่ากัน ($\bar{X}$ = 56.40 ปี, SD = 9.24) มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/

อาชีพอิสระ/รับจ้าง ร้อยละ 65 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 65 ใช้สิทธิการรักษาคือประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 85 และพบว่าร้อยละ 90 สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด มีความสามารถในการเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ร้อยละ 35

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แสดงดังตารางที่

1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 40)

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต	10.00	2.38	9.60	1.50	0.58	.283
หลังให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต	15.05	1.43	13.80	1.51	2.347	.029*

*p-value < .05

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 15.05, SD = 1.43) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 10, SD = 2.38) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 13.80, SD = 1.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจในการยอมรับบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n = 40)

การตัดสินใจของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 20)				กลุ่มควบคุม (n = 20)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการบำบัดทดแทนไต	8	40	10	50	10	50	7	35
ไม่ต้องการบำบัดทดแทนไต	6	30	3	15	6	30	2	10
รอดการตัดสินใจ	6	30	7	35	4	20	11	55

หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองต้องการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 50 (10 ราย) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งกลุ่มทดลองตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 40 (8 ราย) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 35 (7 ราย) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในการดูแลตนเองเพื่อยอมรับวิธีบำบัดทดแทนไตที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.68 (S.D = 1.40) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง 4.53 (SD = 1.12)⁶ เนื่องจากได้ออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนไต โดยภายในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้วิดีโอให้ความรู้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 20 รายพบว่าผู้ป่วยมีความรู้หลังการให้คำปรึกษาก่อนการฟอกไตเพิ่มขึ้น²¹ เนื่องจากจิตใจของมนุษย์มีความแตกต่างกัน แต่มีการเชื่อมต่อกันของระบบประสาทในการประมวลผลข้อมูลในรูปแบบของการมองเห็นและการได้ยิน การได้รับข้อมูลผ่านวิดีโอจึงส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น²² และมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ข้อมูลในรูปแบบอื่น ๆ²³ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น²⁴ ทำให้คะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาให้ข้อเสนอแนะว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตควรอยู่ในรูปแบบของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล¹⁷ เพราะฉะนั้นการให้ความรู้ก่อนการให้คำปรึกษารายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยความสามารถถามคำถามได้อย่างหลากหลายและครอบคลุมความรู้ที่ใช้ดูแลตนเอง²⁴

2. ร้อยละการตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางสุขภาพ เช่น เสียงและวิดีโอ สามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างที่เกิดจากรูปแบบการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพอื่น ๆ เช่น แผ่นพับหรือการให้ข้อมูลทางวาจา²⁵ ที่มักจะเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจ การใช้สื่อวิดีโอที่มีเนื้อหาที่ผู้รับคำปรึกษาจำเป็นต้องทราบ สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย และมีรูปภาพซึ่งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 27 เมื่อเปรียบเทียบกับ

สื่อที่ไม่มีรูปภาพและภาพประกอบ²⁶ รวมถึงช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย¹⁹ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็จะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered- Counseling) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส¹⁵ ร่วมกับทฤษฎีของโอเรม¹⁶ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการดูแลตนเองในระดับบุคคลเป็นสำคัญ บุคคลต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี¹⁸ ซึ่งโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้ความสำคัญแก่ตัวบุคคลที่มารับคำปรึกษา มากกว่าปัญหาที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญ โดยการที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับผู้เข้ารับคำปรึกษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาลูกต้องรวดเร็วขึ้น²⁰ นอกจากนี้กระบวนการให้คำปรึกษาได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันแก้ปัญหาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษา⁷ ยิ่งไปกว่านั้นภายหลังการเข้ารับการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มเติม ได้แก่ QR code หนังสือภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรับการรักษาครั้งต่อไป ซึ่งเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยที่ยังไม่ตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าการให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น¹⁷

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านการพยาบาล จากผลการศึกษาผู้บริหารพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องมีนโยบายและแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตทุกรายอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการให้คำปรึกษา เป็น 45-60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสถามในประเด็นที่สงสัยมากขึ้น รวมถึงได้ความรู้อย่างครอบคลุมอย่างเพียงพอในการตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไต

2. ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่ตัดสินใจหรือปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตเป็นระยะ เพราะจากการศึกษาพบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจรักษาหรือปฏิเสธการรักษาได้แก่ กลัวการติดเชื้อ และปัญหาค่าใช้จ่าย หากมีการติดตามเป็นระยะ อาจทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น

References

1. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, & Zoccali C. A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2019;34(11):1803-5.
2. Rhee CM, & Kovesdy CP. Spotlight on CKD deaths—increasing mortality worldwide. *Nature Reviews Nephrology*. 2015;11(4): 199-200.
3. Sayankena S. Comprehensive palliative care system for patients with end-stage renal disease, Kuchinarai Crown Prince Hospital, 2024. *Journal of Environmental and Community Health*. 2024;9(4):423-31. (in Thai)
4. Subcommittee for Chronic Kidney Disease Prevention, The nephrology society of Thailand. Clinical Practice Recommendations for Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition). Bangkok: Srimuang Printing; 2022.
5. Bowers N, Eisenberg E, Montbriand J, Jaskolka J, & Roche-Nagle G. Using a multimedia presentation to improve patient understanding and satisfaction with informed consent for minimally invasive vascular procedures. *The Surgeon*. 2017;15(1):7-11.
6. Meepien R, Duangmartpo K, Pimta P, Sanmee S, & Raksaken N. Effects of a renal replacement therapy counseling program on self-care for acceptance of chronic kidney disease. *Nakhonphanom Hospital Journal*. 2024;11(2): E271690. (in Thai)
7. 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)
8. Chotklom S. Effects of using a counseling program on decision-making for kidney replacement therapy in patients with end-stage chronic kidney disease at Surat Thani Hospital. 2024; 1(1):1-15. (in Thai)
9. Gojaseni P, & Tungsang K. Epidemiology of chronic kidney disease and scope of the problems in Thailand: Burden of disease and economic impact. *Textbook of chronic kidney disease*. Bangkok: Tex and Journal Publication. 2016:4-7.
10. Jongthep K, & Methakanjanasak N. Health Believes of Renal Replacement Therapy in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 4. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):186-94. (in Thai)
11. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(Suppl):1-11. (in Thai)
12. Parapiboon W, Pitsawong W, Wongluechai L, Thammavaranucupt K, & Raegasint L. Customized versus conventional video counseling for peritoneal dialysis decision-making in patients with stage 5 chronic kidney disease under a PD-first policy: a randomized controlled study. *Kidney Research and Clinical Practice*. 2020;39(4):451-9.
13. 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)

14. Mirza N, Sheikh KA, Muzaffar S, Chaudary N, Ahmed D, & Alam I. The impact of predialysis patient education counseling on relative frequencies of renal replacement modalities. *Cureus*. 2020;12(10):e10834.
15. Rogers CR. Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
16. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice 4thed. St. Louis, MO: Mosby; 1991.
17. Sermklin W, & Yeekian C. Effects of Pre-Dialysis Counseling Program on Accepting Renal Replacement Therapy in End-Stage Renal Disease Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2020;13(2):208-23. (in Thai)
18. Wongsri P, & Chintapanyakun T. Utilization of Orem's Theory with Caring and Advice for Patients with Heart Failure. *Journal of The Police Nurses*. 2018;10(1):209-19. (in Thai)
19. Mbanda N, Dada S, Bastable K, & Ingalill GB. A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient education and counseling*. 2021;104(5):998-1017.
20. Jiaranai T, & Kosol M. Theory and practice of counseling based on reason, emotion, and behavior. In: Keotpithak P, editor. *Compendium of concepts in guidance and psychological counseling theories*. 1sted. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Printing House; 2011.
21. Funtrakoon 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)
22. Noetel M, Griffith S, Delaney O, & Sanders T. Video improves learning in higher education: a systematic review. *Review of educational research*. 2021;91(2):204–36.
23. Grilo AM, Ferreira AC, Ramos MP, Carolino E, Pires AF, & Vieira L. Effectiveness of educational videos on patient's preparation for diagnostic procedures: Systematic review and Meta-Analysis. *Preventive medicine reports*. 2022;28(2022):101895.
24. Hung CT, Chen YH, Hung TL, Chiang CP, Chen CY, & Wang WM. Clinician-created educational video for shared decision-making in the outpatient management of acne. *PLoS One*. 2022;17(7):e0271100.
25. Topaz M, Bar-Bachar O, Admi H, Denekamp Y, & Zimlichman E. Patient-centered care via health information technology: a qualitative study with experts from Israel and the US. *Informatics for Health and Social Care*. 2020;45(3):217-28.
26. Brotherstone H, Miles A, Robb K, Atkin W, & Wardle J. The impact of illustration on public understanding of the aim of cancer screening. *Patient Education Counselling*. 2006;63(3): 484-94.