

แนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ผู้การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน  
: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, พย.ม\*

กฤตกร หมั่นสระเกษ, พย.ม\*\*

จงกลณี ต้อยเจริญ, วบ.ม\*\*\*

สุพิศราเศลวัตนะกุล, ค.ด.\*\*\*\*

Received : April 30, 2020

Revised : August 10, 2020

Accepted : September 3, 2020

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก พบแนวโน้มของอุบัติการณ์และความชุกเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะโรคไตจากเบาหวาน ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด การดื่มน้ำ การรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) ) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) เข้ามาช่วยในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ทฤษฎีดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางสุขภาพ การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

\* พยาบาลวิชาชีพ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail: nitchakan@knc.ac.th

\*\* พยาบาลวิชาชีพ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

## Change Health Behavior to Delay Degeneration of the Kidneys in Diabetic Patients by Self-Efficacy Theory

Nitchakan Wongprakob, M.S.N<sup>\*</sup>

Krittakorn Munsakeat, M.S.N<sup>\*\*</sup>

Jongkolnee Tuicharoen, M.S.N<sup>\*\*\*</sup>

Supitra Selavattanakul, Ph.D.<sup>\*\*\*\*</sup>

### Abstract

Chronic kidney disease is considering a significant health problem in public health worldwide. The trend of incidence and prevalence is increasing every year. Moreover, this disease can cause diabetic nephropathy, a severe complication. Kidney degeneration in patients with diabetes may be due to health behaviors such as have high-fat foods, salty foods, drinking less water, taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), smoking, and drinking alcohol. This article aims to present the modification of health behaviors to delay renal degeneration in diabetic patients. The modification change in health behaviors applied self-efficacy theory consisted of 1) enactive mastery experience, 2) vicarious experience by modeling, 3) verbal persuasion, and 4) physiological and affective states to help create healthy behavior. These behavior modifications allow patients to practice behaviors in their ways, the important goal of self-care for diabetic patients. These behavior modifications can prevent complications and will lead to quality of life.

**Keywords:** health behavior, delaying renal degeneration in diabetic patients, self-efficacy theory

---

\* Professional Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima; Corresponding E-mail: nitchakan@knc.ac.th

\*\* Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

\*\*\* Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

\*\*\*\* Senoir Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Surin

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรังและเสียชีวิตนับล้านในแต่ละปี (ธัญญา รอดสุข, 2558) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 2 ล้านถึงกว่า 9 ล้านคนสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ร้อยละ 36.3 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

พฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกันความรุนแรงของโรค เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีทั้งพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานและพฤติกรรมทั่วไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องและต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทั้งที่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ระดับน้ำตาล ดัชนีมวลกาย และการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุ เพศ และโรคที่เกิดตามวัยหรือพฤติกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้แก่ เพศ อายุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โลหิตจาง เกาต์ และโรคนี้ว (กมลวรรณสาร, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยนั้นมีส่วนช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็วสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555) ได้อธิบายปัจจัยพฤติกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (Gaede, Lund-Andersen, Parving, & Pedersen, 2008) พฤติกรรม การจัดการตนเองที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมไขมันในเลือด การควบคุมอาหาร ประเภทโปรตีนและเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และงดการสูบบุหรี่อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน และอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ลดลง จากการศึกษาพบว่าถึงผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติตนที่ชัดเจน แต่ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lipetz, Bussigel, Bannerman, & Risley, 1990)

Bandura กล่าวถึงแนวคิดความสามารถของตนเอง โดยมุ่งเน้นไปที่ความคาดหวัง (Expectation) ของความสามารถของบุคคล (Personal Efficacy) โดยแบ่งความคาดหวังเป็น 2 ประเภทคือ ความคาดหวังต่อความสามารถของตน และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกำหนดการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนเองเป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึกนึกคิดให้แรงบันดาลใจแก่ตนเองหรือจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะสามารถประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต (Bandura, 1997) จากความสำคัญที่กล่าวมา จึง

ต้องการเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอความเสื่อมของไตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกันพัฒนาการดูแลเพื่อควบคุมโรคไตเรื้อรังในผู้เป็นเบาหวานโดยมีเป้าหมายชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานของไตส่วนที่เหลือ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขภาวะที่ดีต่อไป

## โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy)

โรคไตจากเบาหวานเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไตซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง เกณฑ์โดยสมาคมเบาหวานอเมริกาที่ระบุโรคไตจากเบาหวาน สามารถตรวจพบความผิดปกติ ดังนี้ (American Diabetes Association, 2017)

1. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7
2. ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท
4. การตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ หากมีการตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปริมาณ 30-299 มิลลิกรัมต่อวัน จะวินิจฉัยว่าเป็นไมโครอัลบูมินูเรีย (Microalbuminuria) แต่หากตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปัสสาวะปริมาณ 300 มิลลิกรัมต่อวันหรือมากกว่าให้ถือเป็นภาวะแมโครอัลบูมินูเรีย (Macroalbuminuria)
5. ระดับไขมัน LDL มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
6. ระดับไขมัน HDL น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชายและน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
7. ระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
8. มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิตรต่อนาทีผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางไต

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตจากเบาหวานของประเทศไทยพิจารณาจาก (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

1. คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นโรคนานเกิน 5 ปี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวาน
2. การตรวจ Albuminuria โดยให้เก็บปัสสาวะในเวลาเช้าตรวจหา Urinary albumin creatinine ratio (Alb./Cr.) ถ้า Alb./Cr. = 30-299 มก./กรัม ควรตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้งในเวลา 3-6 เดือน
3. ประเมินค่าประมาณอัตราการกรองของไต (Estimated GFR, eGFR) โดยคำนวณจากค่าซีรัมครีเอตินิน (Serum creatinine) ทุกปีพิจารณาร่วมกับ
  - 3.1 มีปริมาณโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อกรัม ของ Serum creatinine
  - 3.2 มีปริมาณโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ อยู่ระหว่าง 30-300 มิลลิกรัมต่อกรัม ของ Serum creatinine ร่วมกับการตรวจพบโรคตาจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) หรือมีระยะการเป็นเบาหวานนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (วารสาร พิชัยวงศ์, 2558)

## กลไกการเกิดโรคไตจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรคเบาหวานเป็นผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้ระดับกลูโคสสูงขึ้นจะสร้างความเสียหายให้กับเส้นเลือดฝอยในไตเนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดที่ไต และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรง การตรวจปัสสาวะพบโปรตีนซึ่งมีปริมาณไม่มากในระยะต้น ต่อมาปริมาณโปรตีนจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จนอาจมีการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะมาก ทำให้โปรตีนในเลือดลดต่ำลงและผู้ป่วยมีอาการบวมเกิดขึ้น ในช่วงเวลานี้การทำงานของไตอาจยังดีอยู่หรือลดลงเพียงเล็กน้อย ต่อจากนั้นจากทำงานของไตจะลดลงเป็นลำดับจนเกิดภาวะไตวาย ระยะเวลาตั้งแต่พบโปรตีนในปัสสาวะจนเกิดภาวะไตวายไม่แน่นอนเฉลี่ย 4-5 ปี การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตและภาวะไตวายในที่สุด (Tervaert, et al., 2010)

ระยะความรุนแรงการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้อยู่ในระดับปกติต่ำกว่าร้อยละ 7 เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการทำลายเนื้อไตและหลอดเลือดฝอยในไตในระยะยาว (มณีรัตน์ จิรปภา, 2557)

ความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมแบ่งตามลักษณะของไตอัตราการกรองของไต มีดังนี้ (Freil, et al., 2012)

ระยะ	ลักษณะของไต	อัตราการกรองของไต (ml/min )	ข้อควรปฏิบัติ
1	ไม่พบความเสียหายที่ไต อัตราการกรองปกติ	≥ 90	วินิจฉัยให้เร็วชะลอไตเสื่อมลดปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2	ไม่พบความเสียหายที่ไต อัตราการกรองลดลงเล็กน้อย	60 – 89	รักษาชะลอการเสื่อมของไต
3	อัตราการกรองลดลงอย่างเห็นได้ชัด	30 - 59	ระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อน
4	อัตราการกรองลดลงอย่างรุนแรง	15 - 29	เริ่มแนะนำเรื่องการล้างไต
5	ไตวายระยะสุดท้ายอัตราการกรองลดลงอย่างรุนแรงแนะนำปลูกถ่ายไต	< 15 or dialysis	ล้างไต ตามความเหมาะสม

## ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด 2) ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) 3) ด้านการสูบบุหรี่ และ 4) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถอธิบายการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ดังนี้

## 1) ด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ

### ก. อาหารที่มีไขมันสูง

อาหารที่มีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าระดับไขมันในเลือด โคเรสเตอรอล และไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (บัญชา สติระพจน์, 2554) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างไตรกลีเซอไรด์กับโปรตีนในปัสสาวะ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในเพศชายและเพศหญิง (Tozawa, et al., 2002) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 4,326 ราย ที่ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Dipstick 1+ หรือมากกว่า) พบว่า มี Adjusted relative risk เท่ากับ 1.007 เท่าในเพศชาย และ 1.032 เท่าในเพศหญิงเมื่อเทียบกับการศึกษาในเพศชายที่มีสุขภาพดี ปัจจัยด้านโคเรสเตอรอลมีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตผิดปกติ รวมทั้งความเสี่ยงในการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินพบว่าเท่ากับ 1.77 เท่า, โคเรสเตอรอล  $\geq 240$  mg./dl. เท่ากับ 1.10-2.86, HDL  $< 40$  mg./dl. เท่ากับ 2.16 (Schaeffner, et al., 2003) และการดื่มน้ำในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง ส่งผลให้การกรองของไตลดลง (KDIGO, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำที่ดื่มกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตรต่อวัน กับกลุ่มที่ดื่มน้ำมากกว่า 4.3 ลิตรต่อวัน จะพบการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 2.52 เท่า (Sontrop, et al., 2013)

### ข. อาหารรสเค็มจัด

ผู้ป่วยโรคไตที่รับประทานเกลือโซเดียมมากกว่า 4.6 g./day ทำให้ระดับ GFR และโปรตีนในปัสสาวะ (Protein Urea) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Smyth, et al., 2014) จึงควรรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 mmol./day หรือ 6 g./day (KDIGO, 2013)

## 2) ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

การรับประทานยา NSAIDs เป็นเวลานานๆ มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากไตมีหน้าที่ขับถ่ายของเสียและสารต่างๆ ที่ร่างกายไม่ต้องการออกไป นั่นคือ โดยขับถ่ายออกมาเป็นปัสสาวะ ถ้าไตถูกทำลายให้เสียไป ความสามารถในการขับถ่ายจะเสียไปด้วย การรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs มากกว่า 90 วัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.37 เท่า ในขณะที่เมื่อรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs น้อยกว่า 90 วัน พบว่าความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น 1.28 เท่า (Tsai, et al., 2015) ขณะที่การรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs ในขนาดปกติ จะไม่เพิ่มความเสี่ยงในการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง แต่รับประทานสูงในขนาดสูง จะพบความเสี่ยงในการดำเนินของโรคไตเรื้อรังถึง 1.26 เท่า (Nderitu, et al., 2013) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากขึ้นเกิดผลข้างเคียงของยาต่อไต เนื่องจากในภาวะดังกล่าวร่างกายจะสร้างสาร Angiotensin II และ norepinephrine มากขึ้น ในขณะที่สาร Prostacyclin และ Prostaglandin E2 ซึ่งมีหน้าที่ในการปรับสมดุลไม่ให้ GFR (Glomerular filtration rate) ลดลง ถูกยับยั้งการสร้างจากการได้รับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์จึงทำให้หน้าที่ของไตลดลงโดยที่ค่า Creatinine จะสูงขึ้นในวันที่ 3 ถึง 7 หลังจากได้รับยาและอาจจรรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (พรทวี เลิศศรีสถิต และสุชีลา จันทร์วิทยานุชิต, 2563)

### 3) ด้านการสูบบุหรี่

สารนิโคตินในสูบบุหรี่มีผลให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง และมีการทำลายผนังหลอดเลือดเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดไตทำหน้าที่ได้ลดลง เกิดการรั่วของโปรตีนอัลบูมินเข้าไปในปัสสาวะมากขึ้น และอาจพัฒนาไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (ไกรวิพร เกียรติสุนทร, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) โดยเฉพาะผู้ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่าเท่ากับ 15 ซองต่อปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Elihimas, 2014)

### 4) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยจะตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น เนื่องจากไตใช้กระบวนการกรอง (Glomerular filtration) และการดูดกลับของท่อไต (Tubular reabsorption) ในการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการซึมผ่านสูงทำให้ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในปัสสาวะและในซีรัมมีค่าที่ใกล้เคียงกัน เกิดการทำลายเซลล์โดยตรงทำให้ไตเกิดความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนจากไต รวมถึงทำให้เกิดความไม่สมดุลของระดับไอออนในร่างกายซึ่งจะทำให้กระบวนการเผาผลาญอาหารทำงานผิดปกติไป ผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรังจนส่งผลทำให้ไตทำงานลำบากมากขึ้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (ต่ำกว่า 10 กรัมต่อสัปดาห์) จะมีค่า Hazard ratios เท่ากับ 0.85 (0.69-1.04) ดื่มเล็กน้อย (10-69.9 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.82 (0.69-0.98) ดื่มปานกลาง (70-210 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.71 (0.58-0.88) และดื่มอย่างหนัก (มากกว่า 210 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.60 (0.42-0.86) (Koning, Gansevoort, Mukamal, Rimm, & Stephan, 2015)

จากปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้เกิดการชะลอการเสื่อมของไตด้วยความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการและดำเนินการเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมประสบความสำเร็จ

### การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจากเบาหวาน

การสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการนำแนวคิดหลายด้านมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe model) การกำกับตนเอง (Self-regulation) แรงจูงใจการป้องกันโรค (Protection motivation) และแนวคิดความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ที่ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนวคิดเริ่มจากการสร้างความสามารถให้ตัวบุคคลให้สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจและเหมาะสม อาจเป็นการให้ความรู้ส่งเสริมทักษะปฏิบัติ

Bandura ได้กล่าวว่าแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเองเกิดจากการสร้างแรงจูงใจให้เห็นศักยภาพในตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactivemasteryexperience) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้

ความสามารถตนเอง ที่เป็นประสบการณ์โดยตรง จำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมกับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) บุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้คือการใช้คำพูดชักจูงร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จคู่กันไปด้วย 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของบุคคลนั้นทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดีบุคคลจะคาดหวังกับความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลงได้ (Bandura, 1997)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการเฝ้าติดตาม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมภาวะไตเสื่อม และส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นในทุกด้าน โดยใช้แนวทางการปรับพฤติกรรม 1) ชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ก่อนเริ่มการเข้ากิจกรรม ควรชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองก่อน เช่น การเล่าประสบการณ์ที่ตนเองภาคภูมิใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) เริ่มด้วยวิธีการให้ได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) โดยผู้ป่วยชมสื่อวีดิทัศน์ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้ป่วยต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและมีสุขภาพดี (Modeling) เล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตน เพื่อแสดงให้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยอื่นเน้นการชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะไตเสื่อม 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยพยาบาลปฏิบัติตนเป็นผู้ให้คำแนะนำและคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน หลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้และกลับบ้าน พยาบาลเป็นที่ปรึกษาปัญหาโดยโทรศัพท์ในเวลาราชการ ถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตนเน้นการชื่นชม และให้กำลังใจในการดูแลตนเอง 4) การดูแลด้านสภาวะร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ด้วยการประเมินผลจากการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนให้คำปรึกษาเพื่อดูแลหรือปรับการแก้ปัญหา หากแก้ไขได้ตรงจุดและถูกต้องก็ต้องส่งเสริมด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ รับฟังผู้ป่วย และแนะนำให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (ปริยากร วังศร, วินัส ลิหพกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2560)

ดังนั้นจะเห็นว่า ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ ในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ทั้งในด้านการศึกษาหรือด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $P < .001$ ) ส่วนค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมพงษ์ หามวงษ์ และพรพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2556) และจากการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนักและน้ำตาลในเลือดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างของ น้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทิพย์สุตา แสนดี, 2559)

การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้ระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7.0 หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะสามารถลดการเกิดภาวะขนาดไต, อัตราการองและการขับอัลบูมินในปัสสาวะได้ นอกจากนี้พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานได้ทุกระยะของการดำเนินของโรค (บัญชา สติระพจน์, 2554) และในระยะที่ตรวจพบ Albuminuria 30-299 มิลลิกรัมต่อกรัม Creatinine หรือระยะ Microalbuminuria พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตหรือลดปริมาณ Albuminuria หรือกลับสู่ภาวะปกติได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

## สรุป

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีความสามารถที่จะเลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura4 องค์ประกอบคือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องพร้อมกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ สาระ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในโรงพยาบาล ตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย, คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลกองสาธารณสุขและสุขภาพในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ไกรวิพร เกียรติสุนทร. (2550). เราจะลดความเสี่ยงของโรคไตจากเบาหวานได้อย่างไร. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, 21(42), 77-81.

- ทิพย์สุดา แสนดี. (2559). ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธัญญา รอดสุข, อรวรรณ บำรุง และอรนงค์ คงเรือง. (2558). เอกสารวิชาการเรื่อง ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2557. กรุงเทพฯ : สำนักงานควบคุมโรคที่ 1.
- ปัญญา สติระพจน์. (2554). Diagnosis and Management of Diabetic Nephropathy. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(1), 53-63.
- ปรียากร วังศร, วินัส ลิหพกุลและทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 10(2), 98-110.
- พรทวี เลิศศรีสถิต และสุชีลา จันทร์วิทยานุกิต. (2563). ยาด้านอีกเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/NSAIDS.pdf>
- มณีนรัตน์ จิรปภา. (2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 20(2), 5-16.
- วรางคณา พิชัยวงศ์. (2558). โรคไตจากเบาหวาน. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 19-24.
- สมพงษ์ หามวงษ์, และพรธณี บุญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรีจังหวัดกาฬสินธุ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(4), 451-460.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พ.ศ.2555*. สืบค้นจาก [http://110.164.147.155/kmhealth\\_new/Document/kidney/knowledge/manual1.pdf](http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/kidney/knowledge/manual1.pdf)
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : รมเย็น มีเดีย.
- American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40, 11-24.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1977). Self - efficacy :Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Elihimas, Jr.U.F. (2014). Smoking as risk factor for chronic kidney disease. *Journal Brasileiro de Nefrologia*, 36(4), 519-528.



Tozawa, M., Iseki, K., Iseki, C., Oshiro, S., Ikemiya, Y., & Takishita, S. (2002). Triglyceride, but not total cholesterol or low-density lipoprotein cholesterol levels, predict development of proteinuria. *Kidney International*, 62(5), 1743-1749.

Tsai, H.J., Hsu, Y.H., Huang, Y.W., Chang, Y.K., Liu, J.S., & Hsu, C.C. (2015). Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of chronic kidney disease in people with Type 2 diabetes mellitus, a nationwide longitudinal cohort study. *Diabetic Medicine Journal*, 32(3), 382-390.