

The Effect of Food Control Program for Chronic Kidney Disease Patients at CKD Clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Abstract

*Pimsupak Panpeankunpak, B.Ed.**

This quasi-experimental research was aimed to study the effect of food control program for chronic kidney disease patients at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital by applying the theories of self-efficacy. The samples were composed of 33 chronic kidney disease patients that were treated at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. All participants completed the activity in 3 times. The questionnaires of characteristics, perceived self-efficacy in food control, and outcome expectations of food control and food control behavior were used for collecting data. Data were analyzed by using descriptive statistics and Paired t-test.

The research showed the most of the sample were male 51.5%, age 61-70 years old 45.5%, average age 67.42 years, highest education level at primary school level 81.1%, no occupation 81.1%, average monthly income of less than 1,000 Baht 69.7%. Health status: most of the sample have hypertension 42.4% and stage 4 chronic kidney disease 63.6%. The research results revealed that after the intervention, the experimental group was significantly higher perceived self-efficacy in food control, outcome expectations of food control and food control behavior than before the intervention ($p < 0.001$). After the intervention, the experimental group was no difference in Cr and eGFR before the intervention.

In conclusion, food control program for chronic kidney disease patients at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital was found to be effective in changing perceived self-efficacy in food control, outcome expectations of food control and food control behavior. As a result, the Cr and eGFR unchanged. This intervention should be continued and expanded in another community. The application to fit the context of each community.

Keywords: food control program for chronic kidney disease patients, food control behavior

*Nutritionist, Department of Nutrition, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค, กศ.บ.*

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารักษานในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี 2559 ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด จำนวน 33 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบ 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 67.42 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.8 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 81.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 69.7 สภาวะสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.4 และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 63.6 ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ส่วนค่าเฉลี่ย Cr และ eGFR ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ส่งผลให้ค่า Cr และ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลง ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่ชุมชนต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

*นักโภชนาการ ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวร สาเหตุสำคัญของโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ และนิวโรไตโรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ และตรวจพบ

เมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว⁽¹⁾ โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชากรทั่วโลกอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังระยะ CKD G1-G4 ในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 13.1 และในประเทศไทย ร้อยละ 17.5^(2,3) ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะ

สุดท้าย (End stage renal disease) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตมากที่สุดถึงร้อยละ 34 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับได้ว่าโรคไตเรื้อรังได้กลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยและของโลก⁽⁴⁾ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2552 และ 2556 พบกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับไตเป็นสาเหตุการตายอยู่ใน 10 อันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการสำรวจอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยผู้ใหญ่ (Thai Screening and Early Evaluation of Kidney Disease study: SEEK) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.5 เป็นโรคไตเรื้อรัง ในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 7.5 รองลงมา ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 และระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ⁽³⁾ หากไม่รีบดำเนินการแก้ไขระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลงเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 2-3 และจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต⁽⁶⁾ อีกทั้งผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ การชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่วัยเริ่มต้น^(4,7-8)

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม มีจำนวน 342 คน และ 455 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾ และพบว่า ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายคือ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ไม่มีการควบคุมชนิดและปริมาณของอาหาร ดังนั้น ฝ่ายโภชนาการ

ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดรายการอาหารควบคุม ให้คำแนะนำในการประกอบอาหารเฉพาะโรค รวมทั้งต้องเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการในคลินิกชะลอไตเสื่อมด้วย จำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทร่วมแก้ไขปัญหานี้ การมีแนวปฏิบัติในการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการชะลอความเสื่อมของไต สามารถป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร
3. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร
4. ค่า Cr และ eGFR

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ค่า Cr และ eGFR ในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ 2559 ช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤศจิกายน 2559 รวมระยะเวลา 10 เดือน

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ค่า Cr และ eGFR

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รูปแบบโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม ส่งผลให้สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ ลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลจากอาการแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคได้เป็นต้นแบบที่ดีให้กับหน่วยงานอื่นๆ ได้

2. ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สามารถลดหรือชะลอความเสื่อมของไตได้ และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม

วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี 2559

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. มารับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม และได้รับคำปรึกษารายบุคคลกับนักโภชนาการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2559
2. เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะ 4
3. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. มีประวัติไข้ยาทางด้านจิตเวช หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช
2. มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังหรือใช้สารเสพติด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ One-sided test กำหนดค่าความถูกต้อง 95% Power of test 90% จากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร⁽¹⁰⁾ พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.57 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.85 คะแนน และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 36.39 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 คะแนน นำมาคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 27 คน โดยใช้สูตร⁽¹¹⁾ $n = \frac{\sigma^2}{\Delta^2} (Z\alpha + Z\beta)^2$ เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 20% หรือ 6 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยกำหนดเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้มีความครอบคลุมตรงตามประเด็นที่ต้องการวัด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และคู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากคู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะเริ่มต้นของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹²⁾

พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หนังสือรับรองเลขที่ 015/2558 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2558

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความชัดเจนของภาษา ความตรงในเนื้อหา และความครอบคลุมของเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคไตและด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มที่จะทำการศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน เพื่อนำมาพัฒนา

ความถูกต้องของภาษา จากการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ได้ผลดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ค่าความเที่ยง = .914

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร ค่าความเที่ยง = .920

3. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงของการปฏิบัติ จึงไม่มีการทดสอบความเที่ยง แต่ใช้การพิจารณาความสอดคล้องกับบริบทและความเข้าใจในการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการวิจัย

1. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ก่อนดำเนินการจัดกิจกรรม 1 เดือน

2. ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้กับกลุ่มทดลองโดยในแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 นาทีประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การให้โภชนศึกษาแบบกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพ แนะนำขั้นตอนการให้บริการ ให้โภชนศึกษาแบบกลุ่ม การสาธิตอาหาร แจกและแนะนำวิธีใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยนักโภชนาการ

ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษารายบุคคล วิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคล ทบทวนการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร

ครั้งที่ 3 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ทบทวนสิ่งที่ทำได้/ปัญหาอุปสรรคพร้อมให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร

3. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 1 เดือน หลังดำเนินการจัดกิจกรรมครบ 3 ครั้ง

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มทดลอง O1 $\xrightarrow{1 \text{ เดือน}}$ X₁ $\xrightarrow{1 \text{ เดือน}}$ X₂ $\xrightarrow{1 \text{ เดือน}}$ X₃ $\xrightarrow{1 \text{ เดือน}}$ O2

O1	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 เดือน
O2	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 เดือน
X ₁	หมายถึง	โปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 1
X ₂	หมายถึง	โปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 2
X ₃	หมายถึง	โปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 3

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 45.5 รองลงมาอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 30.3 อายุเฉลี่ย 67.42 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 81.8 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 6.1 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 81.8 รองลงมารับจ้างร้อยละ 9.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 69.7 รองลงมาไม่มีรายได้ ร้อยละ 15.2 สภาวะสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.4 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (DM & HT & Dyslipidemia) ร้อยละ 30.4

มีค่า Cr อยู่ระหว่าง 1.30-3.25 mg/dl ค่า eGFR อยู่ระหว่าง 16.88-49.00 ml/min/1.73 m² และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 63.6 และระยะที่ 3 ร้อยละ 36.4

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารก่อนและหลังการทดลอง (n=33 คน)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร					
ก่อนการทดลอง	42.76	11.166	4.897	32	<0.001*
หลังการทดลอง	54.48	5.832			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร					
ก่อนการทดลอง	23.15	2.210	12.445	32	<0.001*
หลังการทดลอง	34.24	4.287			

*p-value<0.001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=33 คน)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	24.97	2.481	23.190	32	$<0.001^*$
หลังการทดลอง	34.55	2.265			

*p-value <0.001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Cr และ eGFR ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย Cr และ eGFR ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า Cr และ eGFR ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=33 คน)

ผลการตรวจ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
ค่า Cr					
ก่อนการทดลอง	2.2045	0.56993	1.096	32	0.293
หลังการทดลอง	2.2497	0.64193			
ค่า eGFR					
ก่อนการทดลอง	27.6952	8.56044	0.348	32	0.730
หลังการทดลอง	27.5342	9.24993			

*p-value <0.001

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 67.42 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.8 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 81.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 69.7 สภาวะสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.4 และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

ร้อยละ 63.6 ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ส่วนค่าเฉลี่ย Cr และ eGFR ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยแบนดูรา⁽¹³⁻¹⁴⁾ โดยอภิปรายผลตามสมมุติฐานดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง เกิดจากความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งเมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพแล้วจะส่งเสริมให้เกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมอาหาร รวมทั้งมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกนี้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำขั้นตอนการให้บริการ ให้โภชนศึกษาแบบกลุ่ม การสาธิตอาหารโดยนักโภชนาการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคล แจกและแนะนำวิธีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร

ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และทบทวนสิ่งที่ทำได้/ปัญหาอุปสรรค ซึ่งส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา⁽¹³⁻¹⁷⁾

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารไปในทางบวกนี้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม ซึ่งจะไปเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมอาหารได้ เห็นความสำคัญของผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาพ จึงมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งมีผลทำให้มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา⁽¹³⁻¹⁷⁾

ค่า Cr และ eGFR กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย Cr และ eGFR ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานคือ มีค่า Cr และ eGFR ที่เหมาะสมอธิบายได้ว่า ค่า Cr และ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลงน่าจะเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างนั้น มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น ทำให้สามารถชะลอหรือยับยั้งการเสื่อมของไตได้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือการมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้^(4,8,18) แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือมีระยะเวลาการศึกษาที่สั้นเพียง 3 เดือน จึงอาจทำให้ไม่สามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงของค่า Cr และ eGFR ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ส่งผลให้ค่า Cr และ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลง ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่ชุมชนต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชน

2. ความสำเร็จของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญๆ ดังนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพและนำขั้นตอนการให้บริการ ให้โภชนศึกษาแบบกลุ่ม การสาธิตอาหารโดยนักโภชนาการ วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคล แจกและแนะนำวิธีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร และทบทวนสิ่งที่ทำได้/ปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นเครื่องมือทำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหารได้

3. คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นตัวกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้วิธีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

4. การสาธิตอาหาร วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหารายบุคคลโดยนักโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสพูดคุยและซักถามปัญหาของตนเองกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง เป็นการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็นและเกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง เป็นการศึกษาเชิงรุกและควรใช้ระยะเวลาในการศึกษาให้นานกว่านี้ และให้มีความต่อเนื่อง เช่น 6, 9 หรือ 12 เดือน

2. ควรมีการทำวิจัยที่เน้นข้อมูลคุณภาพในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร รวมถึงพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555.
2. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, Van Lente F, Levey AS. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. JAMA 2007; Nov 7; 298(17): 2038-47.

3. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L. et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study Group. Nephrol Dial Transplant 2010; May; 25(5): 1567-75.
4. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(1):22-8.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556: Public Health Statistics 2013. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2557.
6. Pugh-Clarke K, Naish PF, Mercer TM. Quality of life in chronic kidney disease. J Ren Care. 2006; 32: 167-71.
7. มณีรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2557; 20(2): 5-16.
8. สุนิสา สีมม. การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลสหภาพชาติไทย 2556; 6(1): 12-8.
9. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD). รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2557-2558. (เอกสารสำเนา). พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. 2558.
10. สุกัญจน์ อยู่คง, มณี สมภพเจริญ, ธราดล เก่งการพานิช และทัศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. เอกสารประกอบการประชุมสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เรื่องบทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. 14-16 พฤษภาคม 2558; ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี. 2558: 272-85.
11. ฉลอง สีแก้วสีว. การกำหนดขนาดสิ่งตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐาน (Sample size selection). ใน Statistic [ออนไลน์]. 2555 [วันที่ค้นข้อมูล 22 พฤศจิกายน 2558]. แหล่งข้อมูล:URL: <https://sites.google.com/site/mystatistics01/chapter4/sample-size-selection/>
12. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนียนอูลตราไวโอเร็ด จำกัด. 2555.
13. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; Mar; 84(2): 191-215.
14. Bandura, A. Self-efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist 1982;Feb:37 (2): 122-47.
15. ประณีต สิงห์ทอง. โปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารสุขศึกษา 2557; 37(126): 35-48.
16. ภัทรานุช พัทธกษา และคณะ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขศึกษา 2557; 37(126): 66-81.

17. ศนืชา วิเดช. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2554.
18. ภัทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 10(2): 44-54.