

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

The Effect of Health Behavior and Nutrition Care Process on Estimated
Glomerular Filtration Rate (eGFR) in Older Person with Chronic Kidney
Disease at Subdistrict Health Promoting Hospital Nong-keaw Sisaket Province

รพีพรรณ สารสมศรี¹ เปรมฤดี เหมหา^{*1} ยุพาويتي แซ่เตีย²

Rapeephan Sansamak¹ Premrudee Hemha^{*1} Yupawadee Sae-tia²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประเทศไทย (3300)

¹Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand (3300)

²หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33110

²Internal Medical Ward, Kantharalak Hospital, Sisaket, Thailand 33110

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบระดับค่าอัตราการกรองของไตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 1- 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน จับคู่ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และ แบบการประเมินค่าอัตราการกรองของไต ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยวิธีทดสอบซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมกรบริโภคอาหารมีความเที่ยงเท่ากับ .94 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีโดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR เพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to study the effects of health behavior and nutrition care programs on estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) in older adults with chronic kidney disease at Subdistrict Health Promoting Hospital Nong-Keaw, Sisaket Province. The sample consisted of 30 older adults with chronic kidney disease stages 1 to 4. Participants were selected through purposive sampling and divided into two groups of 15 each: an experimental and control. The groups were matched based on gender, age, and education level. The experimental group received the health behavior and nutrition care program for six weeks. Research instruments included health behavior and nutrition care program, demographic questionnaire, Mini-Mental State Examination - Thai version 2002, Barthel's Index of Activities of Daily Living, Questionnaire on Perception of Food Consumption Behavior with a reliability score of .94, and an assessment form for estimated glomerular filtration rate (eGFR). The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-tests with a significance level at .05. The results showed that older adults with chronic kidney failure in the experimental group had significant increase in eGFR after the intervention. Moreover, the eGFR of experimental groups was significantly higher than that of the control group after the intervention.

Keywords: Older Persons, Chronic Disease, Health Behavior

บทนำ

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทำให้มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น ไตวายเรื้อรังพบได้มากในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องรักษาต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเมื่อโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย^{1,2} เป้าหมายการดูแลเน้นให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีทั้งการควบคุมอาการ ลดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามสมควร³ ผู้สูงอายุที่ร่างกายเสื่อมลงและมีความเปราะบางมากขึ้น ทำให้การปรับตัวลดลงตามไปด้วย⁴ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีสุขภาพและความสามารถในการปรับตัวที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน มักประสบปัญหาด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁵ ปัจจัยที่ทำให้ไตเสื่อมในผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงไตเสื่อมสูงถึง 4 เท่า ทั้งนี้ความชุกของไตเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปมีความชุกเฉลี่ยร้อยละ 7.2 ขณะที่ผู้สูงอายุ 64 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 24.0 – 35.8⁶ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้และควบคุมได้ด้วยยา⁷ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความอ้วน การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การใช้

ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเร่งให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของไตเสื่อม โดยเฉพาะเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ น้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องจะทำลายหลอดเลือดและเนื้อเยื่อของไต เพิ่มอัตราการกรองของหน่วยไต (GFR) และทำให้มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มักมีภาวะนี้ภายใน 5 ปีและอาจพัฒนาไปสู่ไตวายเรื้อรังภายใน 10–15 ปี โดยประมาณ 1 ใน 3 จะเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมในที่สุด⁸ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถดำเนินการโดยใช้วิธีที่หลากหลายเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต เช่น การให้คำปรึกษาโดยทีมสุขภาพ การส่งเสริมการบริโภคอาหาร⁹ การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อม⁹ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง¹⁰ การจัดระบบพยาบาลทีมสุขภาพ¹¹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาการป้องกันและการส่งเสริมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดศรีสะเกษ

การรับรู้ถึงภาวะคุกคามทางสุขภาพกายและจิตใจเป็นแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (The Commonsense Model of Illness Representation) เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งนำไปสู่การจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยและความมุ่งมั่นในการเข้ารับการรักษาหรือการจัดการกับภาวะสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น¹² การรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในทางบวก ซึ่งช่วยตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นเพิ่มความมุ่งมั่นและความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพ¹³ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดโมเดลการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกมาใช้พัฒนารูปแบบการดูแล (Intervention) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโรค ความเจ็บป่วย และภาวะคุกคามของโรคซึ่งจะช่วยให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมทั้งนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาแนวคิดนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาก่อน การพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม ชะลอความเสื่อมของไต ลดค่า eGFR ชะลอความจำเป็นในการล้างไตหรือปลูกถ่ายไต ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดความรุนแรงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. กลุ่มได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม workshop ตามโปรแกรมการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง (Health Education Program) ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเรียนรู้จากต้นแบบ (Role play program) ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมควบคุมอาหาร (Control program) ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 4-6 โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) โดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านเป็นรายเดี่ยว ระยะเวลาในการเยี่ยม 30 นาทีต่อ 1 ผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์ที่ศึกษา

ค่าอัตราการกรองของไต และ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ที่เหมาะสมกับโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-4 อาศัยอยู่ในตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และผ่าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไตและพฤติกรรม (การรับประทานอาหาร) ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไตและพฤติกรรม (การรับประทานอาหาร) ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีค่าระดับอัตราการกรองของไต เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง

2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีค่าระดับอัตราการกรองของไต เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน โดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม PASS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอิทธิพลขนาดเล็ก .20¹⁷ โดยผลวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.24 (SD = 11.57) และกลุ่มควบคุม 4.37 (SD = 7.99) เพื่อให้อำนาจทดสอบร้อยละ 80.46 และลดความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error) จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย

กลุ่มละ 15 คน โดยใช้เกณฑ์จับคู่ (matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ และระดับการศึกษา กิจกรรมจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว เป็นต้น 2) แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองโดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 5) แบบสอบถามค่าอัตราการกรองของไตในเลือด

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการให้ความรู้ด้านอาหารและกิจกรรมฝึกปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางปฏิบัติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์ความรู้ทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ในส่วนของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ นักกำหนดอาหาร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต เพื่อประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's alpha ได้ค่า .94 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลและแผนการให้ความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง ปรับแก้ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง ก่อนเริ่มการทดลองหนึ่งสัปดาห์ได้รับอนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว คัดเลือกผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center :HDC) ของ สสจ.ศรีสะเกษ อธิบายการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นนัดผู้ป่วยเจาะเลือดประเมินค่า eGFR (pre-test) ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม จำนวน 30 คน จับคู่ตามอายุ เพศ และการศึกษา แบ่งกลุ่มละ 15 คน จากนั้นจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้โรคไตวายเรื้อรัง, สัปดาห์ที่ 2 บทบาทสมมติ, สัปดาห์ที่ 3 ควบคุมอาหาร (ครั้งละ 2 ชั่วโมง) และสัปดาห์ที่ 4-6 เยี่ยมบ้านรายบุคคล ครั้งละ 30 นาทีต่อคน

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมขอความร่วมมือและให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นประเมินผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามความรู้และการรับรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงตรวจค่า eGFR ในเลือด โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปกติและมีการติดตามพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ก่อนนัดหมายครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินซ้ำทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภค และค่า eGFR หลังสิ้นสุดโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมชดเชยให้กลุ่มควบคุมเพื่อความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง และกล่าวขอบคุณพร้อมยุติสัมพันธภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-005 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบสำหรับกลุ่มอิสระสองกลุ่ม (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		ทั้งหมด (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	40.0	7	46.7	13	43.3
หญิง	9	60.0	8	53.3	17	56.7
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean=70.7; SD=6.8; Range=60-85)						
60-65	3	20.0	6	40.0	9	30.0
66-71	6	40.0	2	13.3	8	26.7
72-75	5	33.3	0	0.0	5	16.7
76 ปีขึ้นไป	1	6.7	7	46.7	8	26.7
สถานภาพสมรส						
อยู่ด้วยกัน	7	46.7	6	40.0	13	43.3
แยกกันอยู่	3	20.0	4	26.7	7	23.3
หม้าย	5	33.3	5	33.3	10	33.3
การศึกษา						
ไม่ได้เรียน	6	40.0	6	40.0	12	40.0
ประถม	9	60.0	9	60.0	18	60.0
โรคประจำตัว						
ความดันโลหิตอย่างเดียว	6	40.0	5	33.3	11	36.7
เบาหวาน	5	33.3	7	46.7	12	40.0
ทั้งคู่	4	26.7	3	20.0	7	23.3
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (Mean=8.5; SD=3.1; Range=5-15)						
1-5 ปี	5	33.3	6	40.0	11	36.7
5-10 ปี	7	46.7	8	53.3	15	50.0
11 ปีขึ้นไป	3	20.0	1	6.7	4	13.3
คะแนนการรับรู้พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร						
เพิ่มขึ้น	15	100.0	7	46.7	22	73.3
คงที่หรือลดลง	0	0.0	8	53.3	8	26.7

โดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 56) อายุเฉลี่ย 60–65 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีคู่สมรสอยู่ด้วย 13 คน (ร้อยละ 43.3) ระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษาสูงสุด 18 คน (ร้อยละ 60) ด้านโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน 12 คน (ร้อยละ 40) ระยะเวลาป่วย 5–10 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50) และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น 22 คน (ร้อยละ 73.3) (ตาราง 1)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่า eGFR ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ค่า eGFR	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	p-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	52.03	20.44	0.61
กลุ่มควบคุม	15	55.85	20.10	
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	63.89	21.50	0.07
กลุ่มควบคุม	15	49.23	22.27	

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ในทุกกรณี ค่า eGFR เฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ค่า eGFR	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	15	52.03	20.44	<0.001
หลังทดลอง	15	63.89	21.50	
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	15	55.85	20.10	0.125
หลังทดลอง	15	49.23	22.27	

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต eGFR ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) โดยที่ค่า eGFR เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 52.03 (SD=20.44) เป็น 63.89 (SD=21.50) (ตาราง 2 และ 3)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าระดับการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการรับรู้	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	1.54	0.20	พอใช้	0.19
กลุ่มควบคุม	15	1.64	0.21	พอใช้	
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	2.34	0.22	ดี	<0.001
กลุ่มควบคุม	15	1.65	0.16	พอใช้	

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า คะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า คะแนนการรับรู้ฯ เฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง สามารถอธิบายได้ตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มวก่อนการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากค่าเฉลี่ย 52.03 (S.D. = 20.44) เป็น 63.89 (S.D. = 21.50) และมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 1.54 (SD=0.20) เป็น 2.34 (SD=0.22) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 บ่งชี้ว่าโปรแกรมตามแนวคิด Self-Regulation Theory ของ Leventhal และคณะ¹² ช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้และเพิ่มเข้าใจโรคไตเรื้อรังได้ ผู้สูงอายุสามารถวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาการ เช่น การบริโภคโปรตีนที่เหมาะสม การลดการบริโภคน้ำตาล และการควบคุมโซเดียม นอกจากนี้การมีกิจกรรมเสริม เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล และการเรียนรู้จากต้นแบบ ยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลให้ค่าการทำงานของไตดีขึ้นอย่างชัดเจน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสาเหตุอาการ การดำเนินโรค และแนวทางการดูแล ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น¹³ การเรียนรู้จากต้นแบบและการสังเกตตนเองผ่านกิจกรรมกลุ่ม การบันทึกพฤติกรรมและการสาธิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีเจตคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมโภชนาการ¹⁴ การควบคุมอาหารเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคโปรตีน น้ำตาล และโซเดียมที่เหมาะสม

ส่งผลโดยตรงต่อการชะลอการเสื่อมของไตรวมถึงลดภาวะทุพโภชนาการ¹⁵ อีกทั้งการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ และความสามารถในการประเมินตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น^{16,17,18}

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในระยะก่อนฟอกเลือด โปรแกรมโภชนาการสามารถลดภาวะขาดสารอาหาร ลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไต¹⁹ และการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะกับบริบทและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญมากโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความหลากหลายทางพฤติกรรมสุขภาพ²⁰ ผลศึกษานี้ยืนยันว่า โปรแกรมให้ความรู้ด้านโภชนาการที่สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีการกำกับตนเอง ไม่เพียงช่วยปรับพฤติกรรมแต่ยังส่งเสริมการทำงานของไต และอาจชะลอการเข้าสู่ระยะฟอกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มวก่อนการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังมีระดับ eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานที่ 2 โดยค่าเฉลี่ย eGFR หลังการทดลองในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 63.89 (S.D. = 21.50) และกลุ่มควบคุม 49.23 (S.D. = 22.27) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการซึ่งประยุกต์แนวคิดมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้เกิดการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มาคุกคามสุขภาพโดยการสร้างมโนภาพซึ่งส่งเสริมการรับรู้ลักษณะของโรค สาเหตุ ระยะเวลาดำเนินโรค ผลกระทบ ตลอดจนการควบคุมอาการและการรักษา ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ปัจจัยความรู้สีกว่าตนเองมีความเสี่ยง (perceived threat) และมีความสามารถในการรับมือ (perceived efficacy) สามารถกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและสุขภาพได้^{19,20} ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีจัดการกับโรคและอาการของโรคตามความรู้และประสบการณ์

ของตนเองได้อย่างเหมาะสม¹⁴ นอกจากนี้ การสนทนาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทดลองส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การขาดความรู้และการสื่อสารที่สอดคล้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยไตที่ได้รับบริการฉุกเฉินเท่านั้น²¹ การเยี่ยมบ้านจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ปัญหา แนะนำแนวทางแก้ไขตามบริบท และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร ทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและให้ความรู้ด้านโภชนาการภายใต้แนวคิดมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคไต 2) การเรียนรู้จากต้นแบบ 3) การควบคุมอาหาร และ 4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับคำปรึกษาข้อมูลย้อนกลับ และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับโรคได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางการป้องกันโรค และการดูแลตนเองไว้ในโครงการฝึกอบรมของนักศึกษาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง และควรสนับสนุนให้นักศึกษาออกแบบกิจกรรมหรือโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มวัยทำงานหรือผู้ที่อยู่ในระยะเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อประเมินผลในเชิงการป้องกันก่อนเกิดโรค และออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมในระยะยาวมีการติดตามผลในระยะเวลายาวนานขึ้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและนโยบายสุขภาพในระดับชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2567

References

1. Aartsen M, & Jylha M. Onset of loneliness in older adults: Results of a 28-year prospective study. *European Journal of Ageing*. 2011; 8(1): 31-8.
2. Bekhet AK, & Zauszniewski JA. Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012; 26(3): 214-24.
3. Burns N, & Grove SK. Study guide for the practice of nursing research conduct, critique and utilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2004.
4. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976; 38(5): 300-14.
5. Graves SB, & Larki, E. Lessons from Erikson. *Journal of Intergenerational Relationships*. 2006; 4(2): 61-71.
6. Hacıhasanoglu R, Yildirim A, & Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54(1): 61-6. (in Thai)
7. Hawkley LC, Preacher JT, & Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology*. 2010; 29(2): 124-9.
8. Hicks TJ. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 2000; 26(8): 15-9.

9. Newall NEG, Chipperfield JG, & Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2013; 31(3): 1-17.
10. Promjun T. Depress loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae home and private homes for the aged in Bangkok. (thesis). Bangkok : Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
11. Russell D. UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 66(1): 20-40.
12. Sihasidhi S. Relationships between body mass index daily – living practice health care access social support and health status and blood sugar level in type 2 diabetes patients. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai)
13. Pérez-Torres A, González García ME, Ossorio-González M, Álvarez García L, Bajo MA, Del Peso G, et al. The effect of nutritional interventions on long-term patient survival in advanced chronic kidney disease. *Nutrients*. 2021; 13(2): 121-5.
14. Paes-Barreto JG, Silva MI, Qureshi AR, Bregman R, Cervante VF, Carrero, et al. Can renal nutrition education improve adherence to a low-protein diet in patients with stages 3 to 5 chronic kidney disease? *Journal of Renal Nutrition*. 2013; 23(3): 164-71.
15. Rolf K, & Januszko O. Risk factors for a higher dietary acid load (potential renal acid load) in free-living elderly in Poland. *Nutrients*. 2024; 16(19): 1-14.
16. Rusli C, Bukhari A, N AT, As'ad S, & Rasyid H. Nutrition therapy in critically ill overweight elderly patient with heart failure, myocardial infarction, pneumonia, and chronic kidney disease. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*. 2020; 66(Supplement): S25-31.
17. Doi T, Noto T, Mita T, Nagahara D, Yuda S, Hashimoto A, et al. Prognostic value of nutritional parameters in systolic heart failure with renal dysfunction. *PLoS One*. 2022; 17(5): 1-13.
18. Varitsakul R. Dietary management for slow progression in patients with diabetic kidney disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(1):22-8. (in Thai)
19. Morante JJH, Sánchez-Villazala A, Cutillas RC, & Fuentes MC. Effectiveness of a nutrition education program for the prevention and treatment of malnutrition in end-stage renal disease. *Journal of Renal Nutrition*. 2014; 24(1): 22-9.
20. Dehghan T, Mohsenpour MA, Karimi M, Mehrabi M, Zare M, Akbarzadeh M, et al. Educational intervention based on the extended parallel process model improves adherence to diabetic diet and glycaemic control indices: A randomised, double-blind, controlled, factorial field trial. *British Journal of Nutrition*. 2024; 131(12): 2068-79.
21. Crespo-Escobar P, Vázquez-Polo M, van der Hofstadt M, Nuñez C, Montoro-Huguet MA, Churruca I, et al. Knowledge gaps in gluten-free diet awareness among patients and healthcare professionals: A call for enhanced nutritional education. *Nutrients*. 2024; 16(15): 1-17.