บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

The Effect of a Self-Management Program on Dietary Behavior and Glomerular Filtration Rate in Patients with Chronic Kidney Disease at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province

สุรีวรรณ แสวงหา (Sureewan Sawangha)*
สุพรรณี เปี้ยวนาลาว (Supannee Peawnalaw)**
กัณธิมา ศรีหมากสุก (Kantima Srimaksook)***

Received: October 1, 2024
Revised: October 31, 2024
Accepted: January 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิกค์-บายส์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย หลังจากนั้นใช้วิธีการจับฉลากสุ่มเลือกโดยเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เหมือนกัน เก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านการตรวจคุณภาพของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.90 และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบภายในกลุ่มใช้ paired samples t-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 และ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ก้าวสู่ระยะสุดท้ายได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, อัตราการกรองของไต, โรคไตเรื้อรัง

**Corresponding author: Supannee Peawnalaw; Email: suphanee@snc.ac.th
*, **อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute)
***อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute)

Abstract

Research Objective: This study aimed to examine the effects of a self-management program on dietary behavior and kidney filtration rates in patients with chronic kidney disease (CKD) at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province.

Research Instruments: The research instruments included 1) a self-management program which tailored based on concept by Kanfer and 2) data collection tools included a general information questionnaire, a health information questionnaire, and a dietary behavior questionnaire. The dietary behavior questionnaire's content validity was evaluated by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence: IOC of 0.90 Its reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87

Data Collection and Analysis: The sample consisted of 30 participants each in the experimental and control groups, selected purposively and randomized to ensure comparable baseline characteristics. Data were collected at the hospital's kidney clinic between March and June 2024, at weeks 1 and 12. Descriptive statistics were used for general data analysis. To test the equality of dietary behavior and kidney filtration rate, a paired samples t-test was used within groups, and an independent t-test was used between groups.

Results: 1) Dietary behavior and kidney filtration rates significantly improved in the experimental group after the intervention ($p < .01$). 2) Post-intervention, the experimental group had significantly higher dietary behavior scores and kidney filtration rates compared to the control group ($p < .01$).

Conclusion: Continuous promotion of self-management in CKD patients is recommended to support appropriate dietary behavior and delay kidney deterioration, preventing progression to end-stage renal disease.

Keywords: Self-management, Dietary behavior, Glomerular filtration rate: GFR, Chronic kidney disease

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) คือ ภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง เกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ภาวะนี้อาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไตจนต้องเข้ารับการฟอกเลือด หรือเปลี่ยนไต ในระยะท้าย โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ระยะที่ 1-2 เป็นระยะแรกมีอาการไม่ชัดเจน เนื่องจากไตยังสามารถชดเชยการทำงานที่ลดลงได้ การตรวจพบมักเป็นผลจากการตรวจสุขภาพทั่วไป และพบโปรตีนในปัสสาวะ ระยะที่ 3 อาจเริ่มมีอาการเล็กน้อย เช่น อ่อนเพลีย บวมตามข้อหรือใบหน้า รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของปัสสาวะ ระยะที่ 4 อาการเริ่มชัดเจนมากขึ้น เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ผิวแห้ง มีอาการคัน มีภาวะโลหิตจาง เป็นต้น เนื่องจากการทำงานของไตลดลงมาก และระยะที่ 5 ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการของไตวาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลียอย่างรุนแรง เป็นต้น โดยระยะที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามโรคร่วมที่เป็น ระยะที่ 2 จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ระยะที่ 3 เน้นการจำกัดโปรตีน ระยะที่ 4 เน้นการจำกัดผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง และเตรียมบำบัดทดแทนไต และระยะที่ 5 บำบัดทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธีคือ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด และการปลูกถ่ายไต (Nephrology Society of Thailand, 2022) ซึ่งโรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานสมาคมโรคไตนานาชาติปี พ.ศ. 2562 พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกราว 850 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วย 507,039 ราย, 533,822 ราย และ 586,783 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.6, 55.2 และ 56.4 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มขึ้นทุกปี (พ.ศ. 2565-2567) ร้อยละ 54.9, 56.5 และ 59.0 และจากระยะที่ 3-4 เป็นระยะที่ 5 ร้อยละ 12.4, 16.1 และ 17.3 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนองที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บริโภคอาหารรสมัน เค็ม ซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ได้เลือกชนิดและจำกัดปริมาณเนื้อสัตว์ที่รับประทาน ซึ่งการรับประทานอาหารโปรตีนต่ำที่เน้นโปรตีนจากพืชช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง และชะลอการเสื่อมไตได้ (Australian Kidney Foundation, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่ขาดความรู้ และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายคือการไม่ตระหนักต่อภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และไม่สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามที่แนะนำได้ และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Kawisara & Lukawee, 2020) และจากการใช้รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี และอัตราการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น (Doungpibool, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตัวด้านโภชนาการที่เหมาะสม และให้การดูแลเฉพาะบุคคลเพิ่มประโยชน์สูงสุดในการจัดการด้านโภชนาการ ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิด CKD และชะลอการเสื่อมของไตระยะสุดท้าย (Chaluesa, Chaiart, & Srirat, 2023) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นสิ่งสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต (Saisuwan, Thongyoi, Tanasin, & Kaewsai, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ แสงเลิศ (Sanglert , 2021) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมมีผลในเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองของไต หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงขึ้น และผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าอัตราการกรองของไตสูงขึ้นควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม (Bannakorn, Singweratham,

Nawsuwan, & Phoophaniat, 2023) ซึ่งการจัดการตนเอง (Self-management) ถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและปรับพฤติกรรมในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน (Toto, 2020)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ของแคนเฟอร์ และ แกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick- Bays, 1991) เพื่อป้องกัน หรือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ไม่ให้ดำเนินไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเริ่มจากการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง เตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองที่เป็นระบบ กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองที่บ้านเพื่อมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี (Goal setting) และการประเมินปัญหาร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

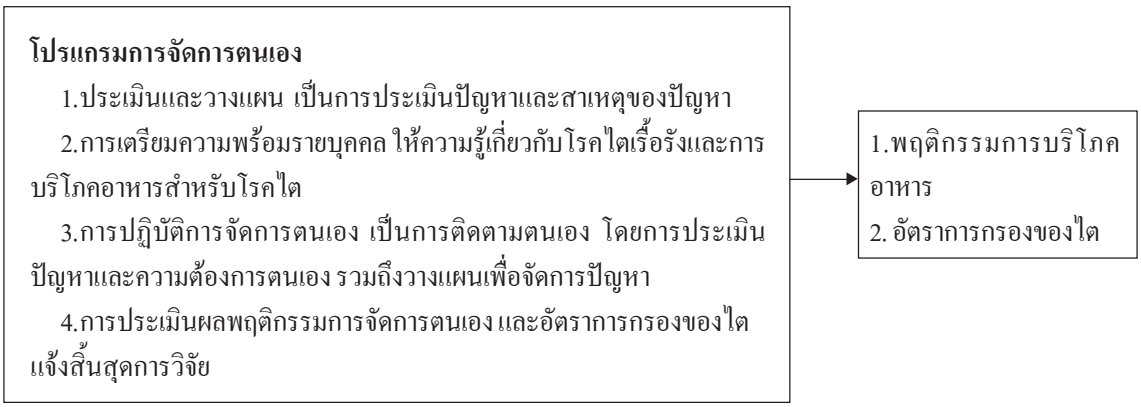
1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของแคนเฟอร์ และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง แต่ทั้งนี้การจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีนั้น พยาบาลจำเป็นต้องค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อนำมาช่วยแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

สามารถสรุปกรอบแนวคิดของโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะทางโรคไต โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 รับการรักษาในคลินิกเฉพาะทางโรคไต การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 30-85 ปี มีผลอัตราการกรองของไต (eGFR) ไม่ต่ำกว่า 30-60/นาที/1.73 ตารางเมตร ไม่เกิน 1 เดือน และแพทย์นัดตรวจเลือด eGFR อีก 4 เดือน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบของ Cohen ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ใช้สถิติ t-test สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากผลการศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ สุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และเจริญศรี พุ่มพวง (Wongteerasup, Trakoolngamden, & Pumphuang, 2021) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .90 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 รายต่อกลุ่ม รวมจำนวน 58 ราย และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ด้วยวิธีการจับฉลากสุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน เริ่มจากการจับฉลากรายชื่อทีละชื่อเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้ชื่อคนแรก ก็จับฉลากเลือกกลุ่ม ว่าจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ต่อมาจับรายที่สองขึ้นมาแล้วดูว่าสามารถจับคู่กับรายแรก (Matched pair) โดยเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้เหมือนกัน ด้วยการพิจารณาถึงองค์ประกอบ ดังนี้ (1) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (2) การศึกษา ระดับใกล้เคียงกัน (3) ค่าดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน และ (4) ระยะไตเสื่อมอยู่ในระยะเดียวกัน หากคุณสมบัติคล้ายคลึงกันรายที่สองที่จับขึ้นมาก็จะกลายเป็นกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองโดยอัตโนมัติ แต่หากจับขึ้นมาแล้วคุณสมบัติไม่ใกล้เคียงกันก็จับใหม่จนกว่าจะได้ตามคุณสมบัติ คู่ต่อไปก็ปฏิบัติเหมือนคู่ที่ 1 คือจับฉลากเข้ากลุ่มก่อนแล้วค่อยจับรายต่อไปเพื่อทำการมาจับคู่ตามคุณสมบัติ จับฉลากไปจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยผู้วิจัยจะมีข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงสามารถนำรายละเอียดมาใช้ในการจับฉลากได้ ทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด และมีอิสระจากกันและควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่ให้มีความแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อควบคุมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และ แกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick- Bays, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำกิจกรรมเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้คือ Power point คู่มือความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง อาหารและเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าอัตราการกรองของไต โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน สัปดาห์ที่ 1 เป็นการประเมินความรู้ภาวะไตเสื่อม ประเมินปัญหาและสาเหตุของภาวะไตเสื่อม ปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล สัปดาห์ที่ 2

2.1 ให้ความรู้เรื่องโรคไตและการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต

2.2 ฝึกทักษะการคำนวณปริมาณแคลอรี่ที่ร่างกายต้องการ การอ่านฉลากอาหาร และการลงบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการลงบันทึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมแก่ครอบครัว โดยการชี้แนะแนวทางการช่วยเหลือ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 3 โดยการประเมินปัญหา และความต้องการของตนเอง รวมถึงวางแผนเพื่อจัดการปัญหา โดยบันทึกเป้าหมายที่ต้องการในสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

3.1 การประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคของตนเองกับแผนที่วางไว้ในสมุดบันทึก

3.2 การเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมา และให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่ทำสำเร็จ โดยการชื่นชม และเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาในพฤติกรรมที่ยังทำไม่สำเร็จ

3.3 ติดตามทางกลุ่มไลน์ ทางโทรศัพท์ และติดตามทางสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองทุกสัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตามโปรแกรม ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ และสรุปการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-11 ติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์ และสามารถสอบถามปัญหาทางไลน์ได้ทุกวัน ถ้ากลุ่มทดลองพบข้อข้องใจ พร้อมให้คำแนะนำ และเสริมแรงแก่ผู้ป่วย เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิก ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2 สรุปผลโปรแกรมการจัดการตนเอง และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล โรคประจำตัว มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ (Checklist) ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และค่าอัตราการกรองของไตเป็นแบบกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 30 ข้อ มี 6 หมวด ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน จำนวน 5 ข้อ คาร์โบไฮเดรต จำนวน 5 ข้อ ไขมัน จำนวน 5 ข้อ เกลือแร่ จำนวน 9 ข้อ วิตามิน จำนวน 3 ข้อ และน้ำ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการบริโภคมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์เท่ากับ 3 คะแนน มีพฤติกรรมการบริโภคน้อยกว่า 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนนและไม่เคยมีพฤติกรรมการบริโภคเท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งข้อคำถามเชิงลบจะมีการปรับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งช่วงเป็น 3 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 การแปลผล คือ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.67 ระดับกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 และระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และ .90 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (เอกสารเลขที่ EC-021/2566 วันที่ 18 ธันวาคม 2566) และโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารเลขที่ YM005/2566 วันที่16 กุมภาพันธ์ 2567) ซึ่งก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1

2. ดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์

3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2

4. ผู้วิจัยสรุปผลโปรแกรมการจัดการตนเอง และเน้นย้ำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติรวม 11 สัปดาห์

3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กำหนดรหัสแบบสอบถามการวิจัยเพื่อแทนตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติวิเคราะห์ มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลอาหารที่รับประทาน ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และค่า eGFR

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ใช้สถิติ paired t- test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้สถิติ independent t- test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากัน คือ 66.2 ปี (S.D. = 12.4, 14.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.0) ในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ทั้ง 2 กลุ่ม(ร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) มีผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา/สามี (ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 63.3 ตามลำดับ) ผู้ดูแลอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นบุตร/หลาน/พี่น้องร้อยละ 50.0 ทั้ง 2 กลุ่ม มีการซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารตามสั่งมารับประทาน (ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 9.9 ตามลำดับ) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเฉลี่ย 1.9 ปี (S.D. = 2.0) ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 2.5 ปี (S.D. = 2.0) ดัชนีมวลกาย BMI ≥ 24.9 (โรคอ้วน) ร้อยละ 52.7 ในกลุ่มทดลองซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.3) ในกลุ่มทดลองซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 63.3) และค่า eGFR 30-59 มล./นาที/1.73 ตร.ม ระยะ 3 (ร้อยละ 23.3 ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ) ส่วนระยะที่ 4 ค่า eGFR 15-29 มล./นาที/1.73 ตร.ม (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็นการเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารชะลอการเสื่อมของไต	1.8	0.1	2.5	0.1	-31.1	< 0.01
อัตราการกรองของไต (eGFR)	25.8	4.6	32.0	4.6	-8.7	< 0.01

ตารางที่ 1 พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\overline{x}$ = 2.5, S.D. = 0.1) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{x}$ = 1.8, S.D. = 0.1) และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ($\overline{x}$ = 32.0, S.D. = 4.6) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{x}$ = 25.8, S.D. = 4.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ประเด็นการเปรียบเทียบหลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารชะลอการเสื่อมของไต	1.8	0.1	2.5	0.1	-24.3	< 0.01
อัตราการกรองของไต (eGFR)	25.7	4.2	32.0	4.6	-5.4	< 0.01

ตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($\bar{X}$ = 2.5, S.D. = 0.1) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}$ = 1.8, S.D. = 0.1) และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ($\bar{X}$ = 32.0, S.D. = 4.6) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 25.7, S.D. = 4.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นเป็นแนวทางในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดี และเป็นระบบ ผู้วิจัยได้เริ่มจากประเมินความรู้ ปัญหา และสาเหตุของภาวะไตเสื่อม รวมถึงปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นการค้นหาและสะท้อนคิดถึงปัญหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคได้ และยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาสาเหตุของตนเอง ทำให้สามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาที่พบ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมถึงอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมกับโรคของตนเอง โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งที่ดีและไม่ดี ทำให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหา จัดการพฤติกรรมการบริโภคของตนเองได้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแล เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วย (Thanirat, Radabutra, Wicheanrat, & Sumawan, 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์พิกุล พรพิบูและประทุม สร้อยวงค์ (Peanprasit, Phornphibul, & Soivong, 2022) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของ สุนีรัตน์ สิงห์คำ (Singkham, 2023) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลอง อัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าก่อนการทดลอง ทำนองเดียวกันการศึกษาของจันทร์เพ็ญ หัตถพณิชพร (Hattapanitchporn, 2023) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และค่า eGFR สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 76.7 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถจัดการตนเองได้ทุกเรื่องจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ต้องมีผู้ดูแลอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งในประเด็นนี้ผู้วิจัยได้มีการเตรียมผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมการจัดการตนเอง (Udomsapp & Sriprasert, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งสำหรับการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรค

เบาหวาน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิผล และควบคุมโรคดีขึ้น (Sayeed et al., 2020) อาจส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินันท์ ฉลวยแสง จินดารัตน์ ชัยอาจ และชมพูนุท ศรีรัตน์ (Chaluesa et al., 2023) การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาของ ลี คิม และลี (Lee, Kim, & Lee, 2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการได้รับความรู้และการศึกษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการอาหารเพื่อช่วยในการรักษาสุขภาพและชะลอการเสื่อมของไต การบริโภคอาหารที่ควบคุมปริมาณโปรตีนและโซเดียมสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโภชนาการมีอัตราการเสื่อมของไตลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาของ วรรณลักษณ์ สุประดิษฐอาภรณ์ (Suphapraditaporn, 2022) พบว่าการทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้การจัดการด้านอาหาร อาจส่งผลทำให้ไตทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการพยาบาลตามปกติจะมีการซักประวัติตรวจร่างกายทั่วไป ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำหลังตรวจ แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อพบความผิดปกติ และนัดตรวจครั้งต่อไป ซึ่งไม่มีการจัดโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้หรือแรงจูงใจไม่เพียงพอที่จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขาดการสนับสนุนในเชิงปฏิบัติ เช่น การออกแบบแผนอาหารเฉพาะบุคคลหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ จากประสบการณ์และปัจจัยด้านความคุ้นชินกับพฤติกรรมเดิม ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับความสำคัญของอาหารต่อโรคไต สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาน คาซมีและซาอีด (Khan, Kazmi, & Saeed, 2019) พบว่า การให้การพยาบาลตามปกติโดยไม่มีการปรับโปรแกรมเฉพาะเจาะจงสำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากขาดการกระตุ้นและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มควบคุมมีค่า eGFR ก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการพยาบาลตามปกติอาจมุ่งเน้นไปที่การรักษาทางการแพทย์มากกว่าการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

บทสรุป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่จากการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์และส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมชะลอการเสื่อมของไตได้ การประเมินการให้ความรู้ มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและฝึกทักษะการกำกับตนเอง รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญสามารถส่งผลดีต่อการชะลอการเสื่อมของไตได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาที่ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พยาบาลเป็นบุคคลากรสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว ดังนั้นการพัฒนาและนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ควรเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและชะลอความเสื่อมของไต

2. มีการปรับปรุงวิธีการพยาบาลตามปกติ โดยเพิ่มองค์ประกอบที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมหรือการจัดทำแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการติดตามผลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาในระยะยาว

3. แนะนำให้พิจารณานำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาใช้ในระบบการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวงกว้าง

4. สร้างความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เช่น นักโภชนาการและพยาบาล ในการออกแบบแผนดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรส่งเสริมการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยในเขตชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่ปรึกษางานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคลินิกโรคไต กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่สนับสนุนทุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

Australian Kidney Foundation. (2022). The role of diet in managing chronic kidney disease. *Australian Journal of Renal Care, 24*(3), 123-130.

Bannakorn, P., Singweratham, N., Nawsuwan, K., & Phoophaniat, M. (2023). Effect of a self-management program on glomerular filtration rate in hypertensive patients with stage 3 of chronic kidney disease. *Journal of Nursing and Public Health Research. 2023, 3*(2), 52-62. [In Thai].

Chaluesa, S., Chaiart, J., & Srirat, C. (2023). Effects of a self-management program for individuals and families on dietary behaviors and nutritional status among end-stage chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Journal of Public Health Nursing, 33*(2), 1-15. [In Thai].

Doungpibool, P. (2022). The development of self-management skills on eating behaviors for delayed chronic kidney disease in CKD clinic, Watphleng Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 2*(3), 13-24. [In Thai].

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. Retrieved 25 March 2024 from https:// doi.org/ 10.3758/BRM.41.4.1149.

Hattapanitchporn, C. (2023). The effect of a kidney deterioration delay program in stage 3 chronic kidney disease patients. *Journal of Hospital and Community Health Research, 1*(3), 220-226. [In Thai].

Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods, 4,* 305-360. Pergamon Press.

Kawisara, K., & Lukawee, L. (2020). Dietary behaviors and factors associated with nutritional status among chronic kidney disease patients treated at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province. *Journal of Health Systems Research, 14*(2), 254-273. [In Thai].

Khan, S., Kazmi, K., & Saeed, S. (2019). Impact of routine nursing care on dietary behavior in chronic kidney disease patients. *Int J Nutr Metab, 11*(2), 45-52.

Lee, J., Kim, J. H., & Lee, J. S. (2020). The effect of education on dietary management for patients with chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Renal Nutrition, 30*(4), 281-290.

Ministry of Public Health. (2024). Report on health data services. Retrieved 25 March 2024 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?. [In Thai].

Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical practice guidelines for the management of chronic kidney disease (Revised edition).* Retrieved 25 March 2024 from https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf. [In Thai].

Peanprasit, J., Phornphibul, P. & Soivong, P., (2022). The effect of a self-management nutrition promotion program on dietary behaviors and nutritional status in chronic kidney disease patients. *Journal of Health Systems Research and Development, 14*(2), 1-15. [In Thai].

Saisuwan, N., Thongyoi, P., Tanasin, W., & Kaewsai, A. (2021). Factors related with glomerular filtration rate among diabetics and hypertension with reduced glomerular filtration rate in Nong Ma Saeo Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnatcharoen Province. *Journal of Council of Community Public Health, 3*(2), 64-71. [In Thai].

Sanglert, W. (2021). The effect of dietary behavior modification on slowing renal impairment in stage 3 chronic kidney disease patients, Sribunruang Hospital. *Journal of Health and Environmental Education, 6*(4), 28-35. [In Thai].

Sayeed, K. A., Qayyum, A., Jamshed, F., Gill, U., Usama, S. M., Asghar, K., ... Tahir, A. (2020). Impact of diabetes-related self-management on glycemic control in type II diabetes mellitus. *Cureus, 12*(4), e7845. Retrieved 28 March 2024 from https:/ /doi.org/10.7759/cureus.7845.

Singkham, S. (2023). The effect of a self-management program to slow the progression of stage 3-4 chronic kidney disease on dietary behavior and medication adherence. *Journal of Public Health Research, 1*(3), 224-235. [In Thai].

Suphapraditaporn, W., (2022). Effects of a supportive and educational nursing program on dietary and nutritional behaviors clinical outcomes of the elderly with chronic kidney disease stage 3-4 at the kidney disease clinic, Tha Tako Hospital. *Science and Technology Northern Journal, 3*(4), 1-23. [In Thai].

Thanirat, S., Radaburt, M., Wichainrat, S., & Sumawan, W. (2021). Perceptionsand self-care experiences of patientswith chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research, 15*(3), 83-94. [In Thai].

Thiabrithi, S., Turnbull, N., Sriphuwong, C., Sriphuwong, W., & Sridakate, S. (2021). The effects of self-management support programs on chronic kidney disease prevention behaviors among risk groups in community. *Journal of Health and Nursing Research, 37*(3), 229-240. [In Thai].

Toto, R. D. (2020). Integrating self-management of CKD into clinical practice. *Kidney International Reports, 5*(5), 587-596. Retrieved 28 March 2024 from https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.02.009.

Udomsapp, P., & Sriprasert, K. (2022). Self-management and family involvement in diabetic patients. *Journal of Community and Health Development, 10*(3), 56-67. [In Thai].

Wongteerasup, S., Trakoolngamden, B., & Pumphuang, C. (2021). Effectiveness of the support program for healthy lifestyle and behavior modification to prevent diabetic kidney disease in high risk patient type 2 diabetes. *Royal Thai Navy Medical Journal, 48*(3), 631-649. [In Thai].