# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

# Factors Influencing Malnutrition in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

*ศิรประภา พงษ์เพ็ญ, พย.บ., Siraprapa Pongpen, B.N.S.*[1]
*วิภา วิเสโส, ปร.ด., Wipa Wiseso, Ph.D.*[2*]
*ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, Ph.D., Chutima Chantamit-O-Pas, Ph.D.*[2]
[1]*นิสิต, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*
[1]*Student, Master of Nursing Science, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University*
[2]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*
[2]*Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Burapha University*

**Corresponding Author Email: wiseso@buu.ac.th*

Received: January 13, 2026 Revised: February 18, 2026 Accepted: May 14, 2026

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและอำนาจการทำนายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ณ คลินิกล้างไตทางช่องท้อง 5 แห่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 119 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบประเมินภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90-1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84, .88, .80, .96 และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน

และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r$ = .358, $r$ = -.246, $r$ = -.158 ตามลำดับ) โดยภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถร่วมกันทำนายภาวะทุพโภชนาการได้ร้อยละ 14 (Adjusted $R^2$ = .14, $p$ < .001) ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด (β = .32, $p$ < .001) รองลงมาคือพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (β = -.18, $p$ < .05)

***คำสำคัญ:*** *ภาวะทุพโภชนาการ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร*

## Abstract

This predictive study aimed to examine factors influencing malnutrition and to determine the predictive power of dietary behaviour, oral and dental health conditions, depression, and social support on malnutrition in patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). The sample consisted of 119 patients who had undergone CAPD for at least three months at five peritoneal dialysis clinics in Chonburi Province, selected using purposive sampling. Data were collected using six instruments: a demographic questionnaire and tools assessing dietary behaviour, oral and dental health conditions, depression, social support, and malnutrition. The content validity index ranged from 0.90 to 1.00, and reliability coefficients were 0.84, 0.88, 0.80, 0.96, and 0.71, respectively. Data were analysed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.The results indicated that dietary behaviour, oral and dental health conditions, and depression were significantly associated with malnutrition (r = .358, r = -.246, r = -.158, respectively; $p$ < .05). Depression and dietary behaviour were identified as significant predictors of malnutrition, jointly accounting for 14% of the variance (Adjusted $R^2$ = .14, $p$ < .001). Depression was the strongest predictor (β = .32, $p$ < .001), followed by dietary behaviour (β = -.18, $p$ < .05). These findings highlight the importance of screening for depression and promoting appropriate dietary behaviour to reduce the risk of malnutrition in CAPD patients.

***Keywords:*** *malnutrition, end-stage renal disease, continuous ambulatory peritoneal dialysis, depression, dietary behaviour*

## บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล International Society of Nephrology (2023) ทั่วโลกพบอัตราความชุกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 823 คนต่อล้านประชากร โดยสถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2563) พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ

การบำบัดทดแทนไตมีหลายวิธี โดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้าน ลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ (เยาวลักษณ์ พวงจิตร, 2563) แต่อย่างไรก็ตาม แม้วิธีดังกล่าวจะมีข้อดีทางคลินิก แต่พบว่าผู้ป่วย CAPD ประมาณ 1 ใน 3 มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระยะยาวอันเป็นสาเหตุของการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Naeeni et al., 2017) ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD เกิดได้จากหลายกลไก ได้แก่ การสูญเสียโปรตีนผ่านน้ำยาล้างไตประมาณ 5-15 กรัม/วัน และอาจเพิ่มสูงขึ้นถึง 30-50 กรัม/วัน หากมีการอักเสบหรือภาวะแทรกซ้อนของช่องทางออกของสายล้างไต (ณัฐฐศรัณฐ์ วงศ์เตชะ, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2566) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความท้อแท้จากการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลงหรือเบื่ออาหาร ขณะที่ปัญหาช่องปากและฟันอาจเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหารและลดคุณภาพโภชนาการได้เช่นกัน ซึ่งภาวะทุพโภชนาการนี้สามารถพบได้ภายหลังจากที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน (จินตนา กิ่งแก้ว และคณะ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย CAPD ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอและสอดคล้องกับการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (Hiruy et al., 2021) ด้านภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ไม่ได้มีผลเพียงความเจ็บปวดแต่เป็นปัจจัยต้นทางที่ทำให้รับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (García et al., 2025) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (สังวาลย์ พงษ์ศร, และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, 2564) โดยสาเหตุหลักมาจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังและการต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ความท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหาร เบื่ออาหาร (พัชราภรณ์ วงศ์ษาบุตร และคณะ, 2560) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้น ครอบครัวคือหัวใจสำคัญ และเป็นปัจจัยหลักในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การสนับสนุนที่ดีจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ณจิต วงศ์ชัย, 2562)

ทั้งนี้จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีประชากรจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะเครียดจากการทำงาน และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ

การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะยาว จากรายงานพบว่าจังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 4,838 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 6 และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 767 ราย และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (จิรวรรณ อารยะพงศ์, 2565) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจำนวน 5 แห่งในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) มากกว่าผู้ป่วย CAPD ส่งผลให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม CAPD และยังไม่มีการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD ที่ได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน โดยผลการศึกษาคาดว่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เชิงประจักษ์และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

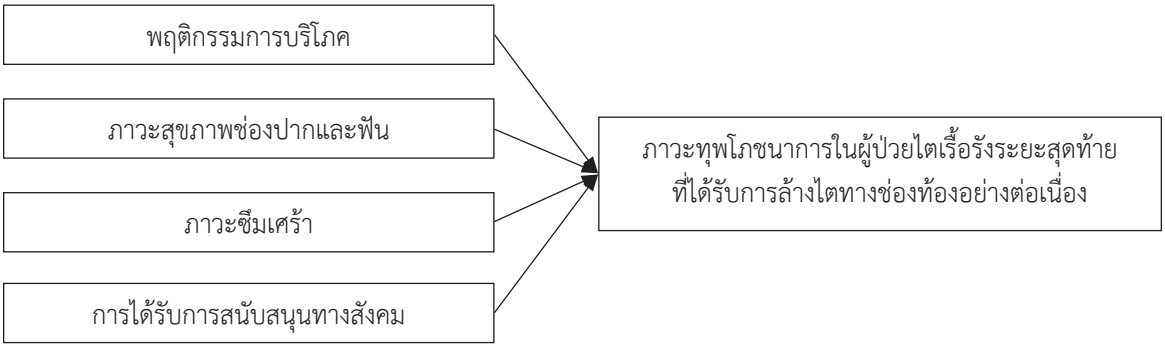
## สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งในมิติของพฤติกรรมสุขภาพ จิตใจ สังคม และสรีรวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียโปรตีนผ่านน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ การที่ผู้ป่วยจะมีภาวะโภชนาการที่ดีได้จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาสนับสนุน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้ระดับโปรตีนในเลือดลดลง ภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีบทบาทสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างสภาวะจิตใจและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รวมถึงละเลยการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อภาวะทุพโภชนาการผ่านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่ส่งผลร่วมต่อความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

ภาวะทุพโภชนาการ หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะละเลยการดูแลตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลลบต่อภาวะทุพโภชนาการมากยิ่งขึ้น ปัจจัยทั้งหมดนี้ไม่ได้ทำหน้าที่แยกจากกัน หากแต่ส่งผลร่วมกันต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย CAPD ภายใต้บริบทของการสูญเสียโปรตีนจากการล้างไตทางหน้าท้อง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ (ดังแผนภาพที่ 1)




**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**1.1 ประชากร** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 5 แห่งในจังหวัดชลบุรี

**1.2 กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางละมุง และโรงพยาบาลพนัสนิคม คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีระดับค่าอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการและอาการแสดงด้านร่างกายไม่คงที่ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น สัญญาณชีพผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล

**1.3 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ .15 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha$ = .05) (Cohen, 1988) จำนวนตัวแปรต้น 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Grove et al., 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 119 ราย

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีดังนี้

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้อง การวินิจฉัยโรคร่วม และจำนวนบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแล โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

**2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง** ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปฏิบัติจริงของศิริลักษณ์ น้อยปาน และคณะ (2556) มีคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) มีคะแนนรวมเท่ากับ 116 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารในระดับต่ำ (29-58 คะแนน) ระดับปานกลาง (59-88 คะแนน) และระดับมาก (89-116 คะแนน)

**2.3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะในช่องปาก ขากรรไกร และฟันที่ทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในมิติสุขภาพปากและฟัน (Oral health Impact Profile-49) ของ Slade (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยรัชดาภรณ์ ไผ่จันทร์ (2556) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ บ่อยมาก (4 คะแนน) บ่อย (3 คะแนน) บางครั้งบางคราว (2 คะแนน) ไม่บ่อย (1 คะแนน) ไม่เคยเลย (0 คะแนน) มีคะแนนรวมเท่ากับ 100 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะช่องปากและฟันในระดับดี (67-100 คะแนน) ระดับปานกลาง (34-66 คะแนน) และระดับไม่ดี (0-33 คะแนน)

**2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ที่แปลและนำมาปรับใช้กับคนไทยโดย Lotrakul et al. (2008) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมเท่ากับ 27 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และระดับมาก (19 คะแนนขึ้นไป)

**2.5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม** เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เงิน และแรงงานจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามมาจากของสุภาพ อิ่มอ้วน (2553) มีคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ใช่เลย (1 คะแนน) ใช่น้อยมาก (2 คะแนน) ใช่บางครั้ง (3 คะแนน) ใช่บ่อยครั้ง (4 คะแนน) ใช่ตลอดเวลา (5 คะแนน) มีคะแนนรวมเท่ากับ 160 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (32-74 คะแนน) ระดับปานกลาง (75-117 คะแนน) และระดับมาก (118-160 คะแนน)

**2.6 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ** ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Modified Subjective Global Assessment (MSGA) ของ Kalantar-Zadeh et al. (1999) มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 มีคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก 2) ปริมาณอาหารที่รับประทาน 3) อาการทางระบบทางเดินอาหาร 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 5) โรคที่พบร่วม ส่วนที่ 2 เป็นการตรวจร่างกายโดยผู้วิจัย 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปริมาณไขมันใต้ชั้นผิวหนังลดลง 2) การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 1-5 มีคะแนนรวมเท่ากับ 35 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะโภชนาการปกติ (1-7 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการในระดับน้อย (8-17 คะแนน) ระดับปานกลาง (18-27 คะแนน) และระดับมาก (28-35 คะแนน)

**3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.9, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และภาวะทุพโภชนาการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84, .88, .80, .96 และ .71 ตามลำดับ

**4. การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาตอบ 30-45 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

**5. การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) หรือไม่ ผลทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และมีความเป็นเอกภาพ กราฟมีลักษณะเป็น Homoscedasticity จากนั้นจึงวิเคราะห์อำนาจการทำนายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

**6. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย**

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารเลขที่ G-HS037/2566 ณ วันที่ 1 กันยายน 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ และข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับ รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.17 มีอายุเฉลี่ย 55.97 ปี ร้อยละ 48.7 (SD = 12.52) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 68.9 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65.5 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 63.9 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 56.3 ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 2-4 ปี ร้อยละ 41.2 มีโรคร่วม 2 โรค ร้อยละ 35.3 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแลจำนวน 1 คน โดยเป็นคู่สมรสหรือบุตรร้อยละ 60.5 และมีค่าระดับอัลบูมินในเลือดอยู่ระหว่าง 3.1-<3.5 กรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 73.1

**2. ระดับภาวะทุพโภชนาการ และปัจจัยที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการในระดับน้อย (M = 13.90, SD = 3.83) พฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (M = 84.36, SD = 8.50) ภาวะสุขภาพช่องปากและฟันในระดับดี (M = 68.83, SD = 14.08) ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (M = 7.35, SD = 3.63) การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (M = 118.80, SD = 21.82) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะทุพโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 119)

| ข้อมูล | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับ |
|---|---|---|---|
| ภาวะทุพโภชนาการ | 13.39 | 3.83 | น้อย |
| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | 84.36 | 8.50 | ปานกลาง |
| ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน | 68.83 | 14.08 | ดี |
| ภาวะซึมเศร้า | 7.35 | 3.63 | น้อย |
| การได้รับการสนับสนุนทางสังคม | 118.80 | 21.82 | มาก |

**3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ** พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.246, r = -.158, r = .358) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน และภาวะซึมเศร้ากับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 119)

| ตัวแปรศึกษา | ภาวะทุพโภชนาการ |
|---|---|
| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | -.246** |
| ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน | -.158* |
| ภาวะซึมเศร้า | .358** |
| การได้รับการสนับสนุนทางสังคม | -.105 |

*$p < .05$, **$p < .001$

**4. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะทุพโภชนาการ** พบว่า ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันทำนายภาวะทุพโภชนาการได้ร้อยละ 14 (adjusted $R^2$= .14, $p < .001$) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta$ = .32, $p < .001$) รองลงมาคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\beta$ = -.18, $p < .05$) (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 119)

| ตัวแปรทำนาย | b | SE | β | t | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ภาวะซึมเศร้า | .340 | .091 | .322 | 3.71 | < .001 |
| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | -.082 | .039 | -.182 | -2.10 | < .05 |

*$R = .400$, $R^2 = .16$, adjusted $R^2 = .14$, $F_{2, 116} = 11.08$, sig of $F < .001$*

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาระดับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการในระดับน้อย (M=13.39, SD=3.83) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและเข้าใจในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เพราะมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษามาแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาแล้ว 2-4 ปี ส่งผลให้สามารถประคอง

ภาวะโภชนาการได้ในระดับหนึ่ง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส และคณะ (2564) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.17) ซึ่งโดยบริบทสังคมไทย เพศหญิงจะเป็นผู้มีบทบาทในการประกอบอาหาร โดยเลือกเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เช่น เลือกวัตถุดิบที่ดี ปริมาณสารอาหารครบถ้วน และควบคุมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างยังเลือกบริโภคอาหารทอดและรสจัดอยู่ มีหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่เคี้ยวเหนียว หรือเลือกรับประทานอาหารที่นุ่มหรืออ่อน ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ (Hollaar et al., 2025; วิภา มะลา และคณะ, 2562) นอกจากนี้ ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสะท้อนภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต จึงเป็นสัญญาณเตือนทางคลินิกที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างเป็นระบบ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .358$, $r = -.246$, $r = -.158$) ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประการแรก ภาวะซึมเศร้า ($r = .358$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพโภชนาการ แสดงให้เห็นว่าเมื่อระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ระดับภาวะทุพโภชนาการก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร หรือขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้การบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังอาจมีพฤติกรรมแยกตัวทางสังคม ทำให้เข้าถึงอาหารหรือการสนับสนุนด้านโภชนาการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2019) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ

ประการที่สอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = -.246$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพโภชนาการ หมายความว่า เมื่อมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ระดับภาวะทุพโภชนาการจะลดลง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมักเผชิญกับภาวะเบื่ออาหารจากยูรีเมีย (Uremic anorexia) ร่วมกับกลุ่มอาการพร่องโปรตีนและพลังงาน (Protein-energy wasting: PEW) ซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของการรับประทานอาหารร่วมกับภาวะอักเสบและความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานและการสลายโปรตีนในร่างกายเพิ่มขึ้น (Sabatino et al., 2021) ประกอบกับมีการสูญเสียโปรตีนผ่านน้ำยาล้างไตต่อเนื่องวันละ 5-15 กรัม และเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีการอักเสบ (ณัฐฐศรัณฐ์ วงศ์เตชะ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2566) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hammad et al. (2025) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตระยะยาวมักเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเผชิญกับความเบื่ออาหารและจำกัดปริมาณอาหาร และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) ที่พบว่าผู้ป่วย CAPD ที่มีระยะเวลาในการล้างไตมากกว่า 1 ปีมักเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ เนื่องจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอและมีความเบื่ออาหาร นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วย CAPD มีภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อย เนื่องจากมีคุณภาพการบริโภค

อาหารที่ยังไม่เหมาะสม อีกทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับข้อจำกัดและภาระในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง (Hunter et al., 2023; Lambert et al., 2024)

ประการที่สาม ภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ($r$ = -.158) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพโภชนาการ แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีปัญหาช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือการสูญเสียฟัน อาจมีอาการเจ็บปวดหรือเคี้ยวอาหารลำบาก ส่งผลให้หลีกเลี่ยงอาหารบางประเภท โดยเฉพาะอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและเนื้อสัตว์ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Iwasaki et al. (2020) พบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงกว่า 1.8 เท่า

3. การศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อภาวะทุพโภชนาการฯ พบว่า ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันทำนายภาวะทุพโภชนาการได้ร้อยละ 14 โดยภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของโรคและกระบวนการรักษาที่ต้องดำเนินต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การควบคุมอาหาร การรับประทานยา รวมถึงการดูแลตนเองในการล้างไต ภาระดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกสิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Chan et al., 2020) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง รวมทั้งอาจไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการหรือแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Lingling Zhang, 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของ NeenuMol and Thulaseedharan (2022) และสังวาลย์ พงษ์ศร, และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วย CAPD มีภาวะซึมเศร้าเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การต้องมารักษาตรวจติดตามอาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วย CAPD

อย่างไรก็ตาม ภาวะสุขภาพช่องปากและฟันไม่สามารถทำนายภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุยังไม่สูงมากและไม่ได้มีความผิดปกติด้านช่องปากในระดับรุนแรง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมักดูแลสุขอนามัยช่องปากและควบคุมอาหารได้ดีกว่าเพศชาย (Chang et al., 2021) อีกทั้งผู้ป่วย CAPD มักมีสภาพช่องปากและค่า pH ในปากที่ดีกว่าผู้ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Miyata et al., 2019) ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย CAPD อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในบริบทสังคมไทยนั้นมักเน้นการส่งเสริมด้านจิตสังคม (ศรินยา พลสิงห์ชาญ, และคมวัฒน์ รุ่งเรือง, 2562) ซึ่งบทบาทดังกล่าวอาจเป็นผลทางอ้อมมากกว่าการส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ การสนับสนุนทางสังคมจึงไม่สามารถทำนายภาวะทุพโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ อะสงค์ (2558) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลคลินิกล้างไตทางช่องท้องหรือแผนกที่เกี่ยวข้อง ควรคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย CAPD อย่างสม่ำเสมอ โดยบูรณาการการดูแลด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลด้านโภชนาการ

2. การวิจัยครั้งต่อไป พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแบบเฉพาะรายในผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

## เอกสารอ้างอิง

จินตนา กิ่งแก้ว, นงเยาว์ มีเทียน, และพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลสิ่งเร้าด้านโภชนาการต่อการปรับตัวด้านโภชนาการและระดับอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33*(4), 84-93.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข, และสหรัฐ เจตมโนรมย์. (2561). *เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ.* ยีนยงการพิมพ์.

จิรวรรณ อารยะพงศ์. (2565). *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan เขตสุขภาพที่ 6*. https://rayong.nhso.go.th/files/userfiles/file/651025_fund66/2503%20การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ%20Service%20plan%20เขตสุขภาพที่%206%20ปี%202566.pdf

ณจิต วงศ์ชัย. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

ณัฐธุศรัณฐ์ วงศ์เตชะ, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะทุพโภชนาการในคลินิกไตเทียม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3*(3), 57-70.

พัชราภรณ์ วงศ์ษาบุตร, วรรณภา ประไพพานิช, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(2), 6-15.

เยาวลักษณ์ พวงจิตร. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17*(3), 148-165.

รัชดาภรณ์ ไผ่จันทร์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิภา มะลา, วลัยพรรณ ชินชัยสิรภัทร, พรพิมล ศรีเกตุ, อนัญญา วรรณา, สุกัลยา นันตา, ศศิมล มุ่งหมาย, รัชดา อุยยืนยงค์, และกิตธวัช บุญทวี. (2562). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ณ คลินิก CAPD โรงพยาบาลม่วงสามสิบ. *การเกษตรราชภัฏ, 18*(2), 63-78.

วิภาวรรณ อะสงค์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรินยา พลสิงห์ชาญ, และคมวัฒน์ รุ่งเรือง. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32*(2), 78-91.

ศิริลักษณ์ น้อยปาน, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และวิภาวี คงอินทร์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. ใน *การประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย* (น. 60-70). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. https://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/715_60-70.pdf

สมพร ชินโนรส, พิกุล เขื่อนคำ, และพรทิพย์ จันทร์น้อม. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 7*(2), 93-100.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย.* https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf

สังวาลย์ พงษ์ศร, และกฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 29*(1), 34-44.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *บทบาทสตรีไทยและความเท่าเทียมในสังคม*. https://www.thailandplus.tv/archives/578989

สุภาพ อิ่มอ้วน. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Chan, G. C. K., Ng, J. K. C., Chow, K. M., Kwan, B. C. H., Kwong, V. W. K., Pang, W. F., Cheng, P. M. S., Law, M.C., Leung, C. B., Li.. P. K. T., & Szeto, C. C. (2020). Depression does not predict clinical outcome of Chinese peritoneal dialysis patients after adjusting for the degree of frailty. *BMC nephrology, 21*(1), 329. https://doi.org/10.1186/s12882-020-01994-4

Chang, Y., Lee, J. S., Woo, H. G., Ryu, D. R., Kim, J. W., & Song, T. J. (2021). Improved oral hygiene care and chronic kidney disease occurrence: A nationwide population-based retrospective cohort study. *Medicine, 100*(47), e27845. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000027845

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

García-Rios, P., Rodríguez-Lozano, F. J., & Pérez-Guzmán, N. (2025). Oral Findings Linked to Chronic Kidney Disease: A Comprehensive SysteMatic Review. *Journal of Clinical Medicine, 14*(12), 4380. https://doi.org/10.3390/jcM14124380

Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7thEd). Elsevier Saunders.

Hammad, S. S., Farrah, D., Farah, R. I., & Awwad, A. (2025). Nutrient intake in adult haemodialysis patients and influence of dialysis treatment day and patient age. *Nutrition & Dietetics, 82*(4), 373-382. https://doi.org/10.1111/1747-0080.70006

Hiruy, A. F., Opoku, S., Xiong, Q., Jin, Q., Zhao, J., Lin, X., He, S., Zuo, X., & Ying, C. (2021). Nutritional predictors associated with malnutrition in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Clinical nutrition ESPEN, 45*, 454-461. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.06.033

Hollaar, V., de van der Schueren, M., Haverkort, E., Everaars, B., Borkent, J., Jerković-Ćosić, K., van Hout, H.,. Everink, I., & Naumann, E. (2025). Associations between problems in oral health, oral function and malnutrition in older people: results from three databases. *International Journal of Dental Hygiene, 23*(3), 473-481. https://doi.org/10.1111/idh.12886

Hunter, E. G., Shukla, A., & Andrade, J. M. (2023). Barriers to and strategies for dietary adherence: a qualitative study among hemodialysis/peritoneal dialysis patients and health care providers. *Journal of Renal Nutrition, 33*(5), 682-690. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.06.007

International Society of Nephrology. (2023). *ISN Global Kidney Health Atlas*. https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital.pdf

Kalantar-Zadeh, K., Kleiner, M., Dunne, E., Lee, G. H., & Luft, F. C. (1999). A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association, 14*(7), 1732-1738. https://doi.org/10.1093/ndt/14.7.1732

Kim, S. M., Kang, B. C., Kim, H. J., Kyung, M. S., Oh, H. J., Kim, J. H., Kwon, O., & Ryu, D. R. (2020). CoMparison of hemodialysis and peritoneal dialysis patients' dietary behaviors. *BMC nephrology, 21*(1), 91. https://doi.org/10.1186/s12882-020-01744-6

Lambert, K., Ryan, M., Flanagan, J., Broinowski, G., Nicdao, M., Stanford, J., & Chau, K. (2024). Dietary patterns, dietary adequacy and nutrient intake in adults commencing peritoneal dialysis: outcomes froM a longitudinal cohort study. *Nutrients, 16*(5), 663. https://doi.org/10.3390/nu16050663

Lotrakul, M., SuMrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry, 8*, 46. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46

Miyata, Y., Obata, Y., Mochizuki, Y., KitaMura, M., Mitsunari, K., Matsuo, T., Ohba, K., Mukac, H., Nishino, T., Yoshimura, A., & Sakai, H. (2019). Periodontal disease in patients receiving dialysis. *International journal of molecular sciences, 20*(15), 3805. https://doi.org/10.3390/ijms20153805

Naeeni, A. E., Poostiyan, N., TeiMouri, Z., Mortazavi, M., Soghrati, M., Poostiyan, E., & Paknahad, Z. (2017). AssessMent of severity of malnutrition in peritoneal dialysis patients via malnutrition: inflammatory score. *Advanced Biomedical Research, 6*(1), 128. https://doi.org/10.4103/abr.abr_554_13

Neenumol, K. R., & Thulaseedharan, J. V. (2022). Potential depression and associated factors among individuals undergoing dialysis: a hospital-based cross-sectional survey in Central Kerala. *Indian Journal of Nephrology, 32*(3), 282-284. https://doi.org/10.4103/ijn.IJN_447_20

Sabatino, A., Cuppari, L., Stenvinkel, P., Lindholm, B., & Avesani, C. M. (2021). Sarcopenia in chronic kidney disease: what have we learned so far?. *Journal of Nephrology, 34*(4), 1347-1372. https://doi.org/10.1007/s40620-020-00840-y

Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 25*(4), 284-290. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x

Zhang, L. (2025). Effect of Acceptance and CommitMent Therapy on Malnutrition, Psychological Flexibility, and Emotional Well-being in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis: A Randomized Controlled Study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 35*(4), 408-417. https://doi.org/10.5152/pcp.2025.251179