

ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้ตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พชิตตา ชาชุมวงศ์ นักโภชนาการ โรงพยาบาลเชก้า จังหวัดบึงกาฬ

สร้อย อันสรณ์ธีรกุล อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้ตัวรับอาหารอีสานดัดแปลง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต (GFR) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มาตรวัดรักษานิในโรงพยาบาลเชก้า จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย คู่มือตัวรับอาหาร อีสานดัดแปลง แผนการสอน และโมเดลอาหาร เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และค่า GFR แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ Paired T-test และ independent T-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชายและหญิงอยู่ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 66.22 ± 6.61 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.00 มีอายุเฉลี่ย 66.44 ± 9.82 ปี กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) GFR หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.073$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้และ GFR หลังการทดลองน้อย กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$ และ $p = 0.015$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.508$) หลังการ ทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ GFR สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป ตัวรับอาหารอีสานดัดแปลง และรูปแบบการให้คำปรึกษาและแนะนำสำหรับสร้างเสริมความรู้ พฤติกรรมการ บริโภคอาหารและ GFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง ตัวรับอาหารพื้นบ้าน ตัวรับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Effectiveness Of Counseling By Using Modified Isan Recipes For Patients With Chronic Kidney Disease

Patitta Chachumwong, Nutritionist, Seka Hospital, Bueng Kan Province

Soiy Anusornteerakul, Lecturer, Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of counseling by using modified Isan recipes for patients with chronic kidney disease, by comparing the average scores of knowledge, food consumption behaviors, and glomerular filtration rate (GFR) in stage 3 chronic kidney disease. The sample was patients who came for treatment at Seka Hospital, Bueng Kan Province, between March and June 2024. They were divided into an experimental group of 50, and a control group of 50 people. The instruments used in the experiment consisted of a modified Isan recipes manual, a teaching plan, and food models. The tools used in the data collection were personal data and GFR questionnaire, and a knowledge, and food consumption behavior assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics, paired T-tests, and independent T-tests.

The results found that the experimental group was an equal proportion of men and women (50.00%) average age 66.22 ± 6.61 years old. Most of the control group were female (66.00%) average age 66.44 ± 9.82 years old. The knowledge and food consumption behavior scores of the experimental group after the experiment were significantly higher than before the experiment ($p<0.001$). GFR after the experiment was higher than before the experiment, but there was no statistically difference ($p=0.073$). The knowledge and GFR scores of the control group after the experiment were significantly lower than before the experiment ($p=0.006$, and $p=0.015$, respectively). The food consumption behavior score after the experiment was lower than before the experiment, but there was no statistically difference ($p=0.508$). After the experiment, the knowledge, food consumption behavior, and GFR of the experimental group were significantly higher than the control group ($p<0.001$).

In conclusion, this modified Isan recipes and counseling model can improve chronic kidney disease patients' knowledge, food consumption behavior, and GFR.

Keywords: chronic kidney disease, local food recipes, recipes for CKD patients in Northeastern Thailand

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17¹ สำหรับในประเทศไทยในแต่ละปีมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 15–20 ต่อปี¹ ปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคไตเสื่อมร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 คน ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย² ความรุนแรงของโรคไตจำแนกตามอัตราการกรองของไต (GFR) ออกเป็น 5 ระยะ² คือ ระยะ 1 มี GFR เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มีการทำลายไตเกิดขึ้นเล็กน้อย ถือว่า GFR ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ ระยะที่ 2 มี GFR อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มีการทำลายไตเล็กน้อยร่วมกับ GFR ลดลงเล็กน้อย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปกติ อาจมีความดันโลหิตเริ่มสูงขึ้น ระยะที่ 3 มี GFR อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มี GFR ลดลงปานกลางถึงมาก ผู้ป่วยระยะนี้ส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการผิดปกติ ส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูง ในระยะนี้ต้องเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ระยะ 4 มี GFR อยู่ในช่วง 15-29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มีการลดลงของ GFR มาก (รุนแรง) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เปื่อยอาหาร บวม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ผิดปกติ และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) มีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทัดแทนไตต่อไป และระยะ 5 มี GFR น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องฟอกเลือด มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การรักษาโรคไตเสื่อมในระยะ 3-4 เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถtolerateได้ผลดีหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม²

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไต หากถูกละเลยจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

เอง จะส่งผลกระทบในทางลบต่อการทำงานของไตทำให้ไม่สามารถสืบมากขึ้น การดูแลทางโภชนาการจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น³ พบร่างสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไป บริโภคอาหารทั้งชนิดและจำนวนที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่มีรสเผ็ดกินไปทำให้ภาครัฐบาลจำเป็นต้องมีการรณรงค์กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนไทยได้ตระหนักรถึงการลดการบริโภคอาหารรสชาติเค็ม เพื่อช่วยลดความเสื่อมของไต² สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้จัดทำคู่มือคำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย หัวข้อแนวทางเวชปฏิบัติโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปใช้เพื่อการดูแลรักษา หรือให้คำแนะนำด้านโภชนาบำบัด เพื่อป้องกันและรักษาภาวะทุพโภชนาการและชะลอภาวะไตเสื่อม³ นอกจากนั้น กรมการแพทย์แห่งประเทศไทยและการแพทย์ทางเลือกได้จัดทำคู่มืออาหารบำบัดโรคไตเสื่อมเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไต แนวทางการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และการใช้อาหารทางเลือกสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ แต่เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น เป็นคู่มือการสื่อสารและอธิบายในรูปแบบวิชาการแพทย์นำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ยาก¹⁻² ยังไม่มีคู่มือที่ทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้โดยเฉพาะคู่มืออาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมค่านิยมของห้องถ่าย อีกทั้งรูปแบบการสื่อสารด้านโภชนาการยังไม่เพียงพอทั้งด้านจำนวน ลักษณะ ความครอบคลุม ผลงานให้ผู้ป่วยไม่สนใจต่อการให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร¹

โรงพยาบาลเชก้า จังหวัดบึงกาฬ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาตรวจรักษาในปีงบประมาณ 2564–2566 จำนวนมากและเพิ่มขึ้น เคยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 2,188, 2,260 และ 2,275 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยระยะ 4 จำนวน 624, 639 และ 599 คนตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 5 ที่ต้องล้างไตจำนวน 287, 306 และ 281 คนตามลำดับ⁴ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากปัญหาดังกล่าวผู้จัดจึงได้พัฒนาคู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อใช้เป็นสื่อการให้คำปรึกษาและแนะนำเรื่องโภชนาการโดยการ

ดัดแปลงคำรับอาหารให้เหมาะสมกับอาหารประจำถิ่นของผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถติดต่อได้เมื่อได้ผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเชกา จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีเนื้อหา ภาษา ภาพ และขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของอาหารที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม และการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและส่งเสริมค่า GFR ให้ดีขึ้น คาดว่าการให้คำปรึกษาและแนะนำเรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อลดการคั่งของเสียในร่างกายจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ชะลอความเสื่อมของไต ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR ก่อนและหลังการทดลอง รายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experiment research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (non communicating disease; NCD) โรงพยาบาลเชก้า อำเภอเชก้า จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน รวม 100 คน ขนาดตัวอย่างการคำนวณด้วยค่า effect size ซึ่งเป็นค่าอัตราส่วนของความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁵ แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยอ้างอิงจากนิยามวิจัยของละองدوا ทับอาจ⁶ = 0.58 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) และค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta = 0.80$) เปิดตารางที่ค่า effect size 0.60 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน⁷ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก NCD โรงพยาบาลเชก้า 2) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี 3) อายุน้อยกว่า 80 ปี 4) ได้รับการนิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 5) สามารถอ่าน พูด เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทดลองและสามารถเข้าพับแพทย์ได้หลังการทดลอง 3 เดือนตามที่แพทย์นัด ส่วนเกณฑ์การถอนออกจาก การวิจัย (withdrawal criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล และไม่มาตรวจตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบไปด้วย

1.1 คู่มือติดรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวบรวมและสรุปความคิด จัดทำเป็นคู่มือในการสอน การให้คำปรึกษาและแนะนำและคู่มือสำหรับผู้ป่วย ทั้งหมด 24 หน้าประกอบด้วยหัวข้อค่าแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยลําไส้ตอนหัวข้อแนวทางการรับประทานอาหารอย่างง่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และหัวข้อติดรับอาหารโรคไตดัดแปลงพื้นบ้านอีสาน 10 ตัวรับ แต่ละหัวข้อจะมีภาพสีเสมือนจริงประกอบ

1.2 แผนการสอนเรื่องอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ละหัวข้อประกอบด้วยวัตถุประสงค์การสอนแต่ละเนื้อหา รายละเอียดเนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในแต่ละเนื้อหา และวิธีการประเมินผล ทั้งหมด 12 หน้า

1.3 โมเดลอาหารสมัยใหม่ในจังหวัดหนองบัวลำภู

2. เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากการบททวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน บทบาทในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรคไต โรคร่วมอื่นๆ และ GFR โดยมีเกณฑ์การประเมินระดับ GFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็น 2 ระดับ² ดังนี้

GFR 45 – 59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร หมายถึง GFR ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง (ระดับ CKD3a)

GFR 30 – 44 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร หมายถึง GFR ลดลงปานกลางถึงมาก (ระดับ CKD3b)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ได้จากการบททวนวรรณกรรมและประยุกต์จากเนื้อหาคู่มือ ติดรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคำถาม 15 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกมีค่าคะแนน 3 คะแนน ตอบผิดมีค่าคะแนน 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ มีค่าคะแนน 2 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้อันตรภาคชั้น⁹ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากเนื้อหาคู่มือ สำหรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคำถาม 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ประจำ (รับประทาน 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน) บ่อยครั้ง (รับประทาน 3-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน) บางครั้ง (รับประทาน 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน) และ ไม่เคย (ไม่เคยรับประทานเลย ให้ 0 คะแนน) พฤติกรรมด้านลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้อันตรภาคชั้น⁹ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.25-3.00 คะแนน หมายถึง การบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.24 คะแนน หมายถึง การบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.75-1.49 คะแนน หมายถึง การบริโภคอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.74 คะแนน หมายถึง การบริโภคอาหารอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ และนายแพทย์ชำนาญการ ดังนี้

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ของคู่มือ สำหรับอาหารท้องถิ่นอีสานดัดแปลงและแผนการสอน ประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา ขนาดตัวอักษร และภาพที่ใช้ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. ความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์ด้วย ความสอดคล้อง (index of concordance: IOC) ที่มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถาม ได้ค่า IOC ของข้อคำถามเท่ากับ 0.61-1

3. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับภาษา ตัวอักษร และภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสมันพันธ์ cronbach (Cronbach's alpha coefficient) ได้แบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.71 และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.99

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ตรวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มาตราชุมชนิดในคลินิก NCD ในรายที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยเข้าหา (approach) ผู้ป่วยในระหว่างที่รับประทาน ซึ่งจะงดติดประสาทและรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้ป่วยหลังการรับประทาน โดยดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จในแต่ละกลุ่ม และดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการสัมผัสข้อมูล (contaminant) ระหว่างกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถาม การให้คำปรึกษาและแนะนำเป็นรายบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองจะอยู่ในช่วงที่ผู้ป่วยสะดวกหลังการรับประทานและหลังการพยาบาลในระบบปกติแล้ว ซึ่งจะไม่รบกวนต่อการทำงานของแพทย์และพยาบาล ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เวลาประมาณ 20 นาที (pre-test) 2) เก็บข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อผู้ป่วยมาตราชุมชนิดครั้งต่อไปอีก 3 เดือน (post-test) โดยผู้ป่วยอ่านและตอบแบบสอบถามเอง พร้อมมองคู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลงให้ผู้ป่วยนำไปใช้และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน หลังตอบแบบสอบถาม post-test เรียบร้อยแล้ว

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เวลาประมาณ 20 นาที (pre-test) 2) ให้คำปรึกษาและแนะนำเรื่องอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสามารถตอบจนเข้าใจตาม

แผนการสอนและไม่เดลออาหาร โดยผู้วิจัยที่เป็นนักโภชนาการ และทีมนักโภชนาการ ใช้เวลานาน 30-45 นาที 3) มอบคู่มือ ทำรับอาหารวีทานตัดแบ่งสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ ผู้ป่วยนำไปใช้และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บ้าน และ 4) เมื่อผู้ป่วยนัดตรวจครั้งต่อไปอีก 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบประเมินความรู้และแบบประเมิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (post-test) โดยผู้ป่วยอ่านและตอบแบบสอบถามเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร และค่า GFR ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการ ทดลอง ใช้สถิติ paired T-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร และค่า GFR ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการ ทดลอง ใช้สถิติ independent T-test

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตามหมายเลข BKPH 2024-026 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอน จากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่เกิดผลกระทบ ต่อผู้ป่วยและญาติไม่ว่ากรณีใด ๆ ใน การรักษาพยาบาลทั้งใน ปัจจุบันและอนาคต

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง เป็นเพศชายและหญิง อยู่ในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61–70 ปีร้อยละ 52.00 อายุเฉลี่ย 66.22 ± 6.61 ปี สถานภาพ สมรสร้อยละ 82.00 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 66.00 การศึกษาใน ระดับประถมศึกษาร้อยละ 94.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 3,001–5,000 บาทร้อยละ 44.00 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 60.00 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคติดต่อระหว่าง 3–5 ปีร้อยละ 56.00 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นร้อยละ 92.00 ส่วนกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.00 มีอายุระหว่าง 71–77 ปีร้อยละ 44.00 อายุเฉลี่ย 66.44 ± 9.82 ปี มีสถานภาพ สมรสร้อยละ 84.00 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 64.00 การศึกษาใน ระดับประถมศึกษาร้อยละ 96.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 3,001–5,000 บาทร้อยละ 60.00 เป็นสามาชิกในครอบครัว ร้อยละ 76.00 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคติดต่อระหว่าง 3–5 ปี ร้อยละ 48.00 ไม่มีโรคร่วมกับโรคติดต่อเรื้อรังร้อยละ 86.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=50) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	25 (50.00)	17 (34.00)
หญิง	25 (50.00)	33 (66.00)
อายุ (ปี) $\bar{x} \pm SD$	66.22 ± 6.61	66.44 ± 9.82
40 – 60	10 (20.00)	9 (18.00)
61 – 70	26 (52.00)	19 (38.00)
71 – 77	14 (28.00)	22 (44.00)
สถานภาพ		
สมรส	41 (82.00)	42 (84.00)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง	9 (18.00)	8 (16.00)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	33 (66.00)	32 (64.00)
เกษตรกรรม	14 (28.00)	7 (14.00)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=100) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=50) จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ (ต่อ)		
รับจ้างทั่วไป	2 (4.00)	8 (16.00)
ค้าขาย	1 (2.00)	3 (6.00)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	47 (94.00)	48 (96.00)
มัธยมศึกษา	3 (6.00)	2 (4.00)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 3,000	11 (22.00)	12 (24.00)
3,001 – 5,000	22 (44.00)	30 (60.00)
5,001 ขึ้นไป	17 (34.00)	8 (16.00)
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	30 (60.00)	12 (24.00)
สมาชิกในครอบครัว	20 (40.00)	38 (76.00)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไต (ปี)		
1 – 2	14 (28.00)	9 (18.00)
3 – 5	28 (56.00)	24 (48.00)
≥6	8 (16.00)	17 (34.00)
โรคร่วมกับโรคไตเรื้อรัง		
ไม่มีโรคร่วม	46 (92.00)	43 (86.00)
มี (ตาพร่ามัว/ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง)	4 (8.00)	7 (14.00)

ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ GFR ก่อนและหลังการทดลองภายในการกลุ่ม พบร่วงกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.65 \pm 0.37$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.76 \pm 0.17$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{x} = 1.25 \pm 0.76$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.23 \pm 0.37$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่า GFR ก่อนการทดลองอยู่ในระดับ CKD3b ($\bar{x} = 44.60 \pm 8.33$) หลังการทดลอง GFR มีค่าสูงขึ้นอยู่ในระดับ CKD3a ($\bar{x} = 46.44 \pm 10.74$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.073$) (ตารางที่ 2)

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.73 \pm 0.31$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำลงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.66 \pm 0.31$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.006$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{x} = 1.49 \pm 0.61$ และ $\bar{x} = 1.48 \pm 0.58$ ตามลำดับ) และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.508$) ส่วนค่า GFR หลังการทดลองอยู่ในระดับ CKD3b ($\bar{x} = 39.85 \pm 8.13$) ระดับลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 42.05 \pm 7.73$) แต่ยังอยู่ในระดับเดิม (CKD3b) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.015$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR ของกลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (N=100)

การทดลองภายในกลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	
กลุ่มทดลอง (n=50)					
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	1.65±0.37	ต่ำ	2.76±0.17	สูง	<0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.25±0.76	ควรปรับปรุง	2.23±0.37	พอใช้	<0.001
GFR (ml/min/1.73 m ²)	44.60±8.33	CKD3b	46.44±10.74	CKD3a	0.073
กลุ่มควบคุม (n=50)					
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	1.73±0.31	ปานกลาง	1.66±0.31	ต่ำ	0.006
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.49±0.61	ควรปรับปรุง	1.48±0.58	ควรปรับปรุง	0.508
GFR (ml/min/1.73 m ²)	42.05±7.73	CKD3b	39.85±8.13	CKD3b	0.015

ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่า GFR ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองพบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารท้องถิ่นอีสานดัดแปลงของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 1.65\pm0.37$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 1.73\pm0.31$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 1.25\pm0.76$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 1.49\pm0.61$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.228$ และ $p=0.094$ ตามลำดับ) ค่า GFR ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 44.60\pm8.33$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 42.05\pm7.73$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.116$) (ตารางที่ 3)

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารท้องถิ่นอีสานดัดแปลงของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 2.76\pm0.17$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 1.66\pm0.31$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 2.23\pm0.37$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 1.48\pm0.58$) ค่า GFR เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}= 46.44\pm10.74$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}= 39.85\pm8.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกรายการ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (N=100)

การทดสอบระหว่างกลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มควบคุม (n=50)		p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	
ก่อนการทดลอง					
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	1.65±0.37	ต่ำ	1.73±0.31	ปานกลาง	0.228
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.25±0.76	ควรปรับปรุง	1.49±0.61	ควรปรับปรุง	0.094
GFR (ml/min/1.73 m ²)	44.60±8.33	CKD3b	42.05±7.73	CKD3b	0.116
หลังการทดลอง					
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	2.76±0.17	สูง	1.66±0.31	ต่ำ	<0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.23±0.37	พอใช้	1.48±0.58	ควรปรับปรุง	<0.001
GFR (ml/min/1.73 m ²)	46.44±10.74	CKD3a	39.85±8.13	CKD3b	<0.001

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า GFR สูงขึ้นกว่าหลังการทดลอง อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้และได้รับคู่มือ สำหรับอาหารอีสานดัดแปลงจากผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเองเพื่อให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและคู่มือสำหรับอาหารที่ได้รับ การบริโภคอาหารไม่ใช่พฤติกรรมธรรมชาติของบุคคลที่จะกระทำได้ตามความพึงพอใจ การบริโภคมักเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภค โดยผ่านกระบวนการกล่อม เกล้าทางด้านสังคม การฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรม การบริโภคที่ดี¹⁰ การเรียนรู้โดยใช้วิธีการให้คำแนะนำ และใช้สื่อต่าง ๆ เช่น โมเดลอาหาร การบรรยาย เอกสารต่างๆ การปลูกจิตสำนึก การใช้แบบจำลอง การเรียนรู้จากบุคคล ตัวแบบ เน้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ และเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองโดยการสอน การให้คำปรึกษาและแนะนำ และการสาอิจ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น¹⁰ อีกทั้งการให้คำปรึกษาและแนะนำ เป็นการซักจุ่งด้วยคำพูด (verbal persuasion) จากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำการที่กำหนดได้ทำให้บุคคลนั้นมั่นใจ มีกำลังใจและมีความพยายามที่จะกระทำการที่กำหนดนั้นๆ ให้สำเร็จมากขึ้นทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการจูงใจให้เห็นถึงความสามารถ ในการบริโภคอาหาร มีกำลังใจที่ได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร¹⁰ เมื่อความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารดีขึ้น ค่า GFR จึงดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับ การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา ที่พบว่าหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยมีคะแนนความรู้และการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลแม่เมะ ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพ การที่ได้รับ

คำแนะนำเรื่องความรู้ในการปฏิบัติตามอย่างสมำเสมอจากพยาบาลและนักโภชนาการ สื่อและเอกสารต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง¹² สอดคล้องกับการศึกษาของโซภา พันธ์ สะอาด เรื่องการพัฒนาฐานรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบร่วมกับการให้ความรู้โดยสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองหลังการเรียนรู้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ในระดับดีมาก¹³ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่า GFR ลดลง หลังการทดลอง เนื่องจากก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่า GFR อยู่ในระดับ CKD3b ซึ่งมีความรุนแรงของโรคมากกว่า CKD3a และมีระยะเวลาในการเป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 34.00 ทำให้ค่า GFR มีโอกาสลดลงตามระยะเวลาของการเป็นโรค ร่วมกับกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการกระตุ้นและการเสริมสร้างความรู้เพิ่มเติมจากการระบบการดูแลตามปกติ และได้รับคู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลง หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และค่า GFR กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาและแนะนำตามคู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลง เป็นการให้ความรู้โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบตามการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตามคู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลง และได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องกระทำ เป็นการให้คำปรึกษาและแนะนำที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่คำปรึกษาและแนะนำเพราะเป็นการสอนรายบุคคล¹⁴ การสอนโดยใช้สื่อสำหรับอาหารและไม่ได้อาหาร ทำให้เห็นถึงภาพและแบบจำลอง และการให้คำปรึกษา และแนะนำเรื่องอาหารห้องน้ำดัดแปลงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ อีกทั้ง การให้คู่มือสำหรับอาหารอีสานดัดแปลงกลับไปด้วยเพื่อศึกษาต่อที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสได้ทบทวนความรู้หลายครั้ง สามารถอ่านทำความเข้าใจได้ตามความต้องการ จึงส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตมากขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลในระบบปกติ คือได้รับความรู้เป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาเฉพาะวันที่มารับบริการ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการให้คำแนะนำจากพยาบาลในระยะเวลาจำกัด ไม่มีการบททวนความรู้ ไม่มีโอกาสได้เห็นตัว

แบบอาหาร ไม่มีโอกาสได้ซักถาม และเปลี่ยนและฝึกหักษะ ด้วยการสาธิต หรือทำความเข้าใจร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา และแนะนำ ไม่ได้รับคุณเมื่อตั้งรับอาหารอีสานดัดแปลงทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ GFR ต่างกันอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่ได้รับการรักษา จากโรงพยาบาลแม่เมือง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 ครั้ง และฝึกหักษะการจัดการตนเองและให้แรงเสริม โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง พบร่วมกับความต้องการของผู้ป่วย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และ การศึกษารูปแบบการให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบสื่อวีดีทัศน์ เมนูอาหารจากแผ่นภาพ และโนําเสนออาหาร ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลลังไย โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบ้านทุ่งยาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพ ตำบลลังไย สำหรับผู้ป่วย จังหวัดพิษณุโลก พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้เสื่อม และ GFR สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

สรุปผล

การให้คำปรึกษาและคำแนะนำโดยใช้ตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคไตและอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อช่วยให้เสื่อม ชี้ส่งผลต่อระดับ GFR ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงควรนำคู่มือรูปแบบการให้คำปรึกษาและคำแนะนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย เพื่อส่งเสริมสุภาพและเพื่อช่วยลดภาวะไตเสื่อมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำคู่มือตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแผนการสอนนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังรุนแรงขึ้น และควรนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค

2. ควรมีการติดตามผลการนำตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลถึงความยั่งยืนและความเหมาะสมของตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงในระยะยาว

3. ควรนำไปศึกษาในบริบทอื่นๆ ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และควรเก็บข้อมูลในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวิจัยนี้

4. ควรศึกษาร่วมตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาต่อยอดในการพัฒนาตัวรับอาหารอีสานดัดแปลงให้มีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกชนิดและประเภทของอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงสุชาติ ขวัญประชา, สุภาภรณ์ ศรีดี, วิทยาธร ห่อแก้ว. การสื่อสารโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารวิจัยวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2564; 5(1): 94-104.

2. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือบำบัดโรคไตเสื่อม. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี; วี อินดี้ ดีไซน์; 2563.

3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทุกชนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562 [ซีดีรอม]. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการการการลงทุนเป็นการบำบัดทุกชนิดในประเทศไทย; 2563.

4. หน่วยเวชระเบียน คลินิกอายุรกรรม. เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2564-2566. บึงกาฬ: โรงพยาบาลเซกา; 2567.

5. Portney LG. Foundations of clinical research. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1993.

6. ละเออดงดาว ทับอาจ. ผลของรูปแบบการจะลดไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ของอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมราช; 2559.

7. Lunsford TH, Lunsford BR. Sample size Table I. J Prosthet Orthot 1995;7(4): 137-41.
8. Israel GD. Determining sample size. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences. Florida: EDIS; 1992.
9. บุญชุม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุริยาสาสน; 2560.
10. อรุณรัตน์ บุญคำ. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง ตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2565.
11. เบญจมาส เรืองดิษฐ์, เสาร์ลักษณ์ อุรรัตน์, ชุลินดา สมมะเดด. การพัฒนาพัฒนาระบบดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายโรงพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(3) 194-207.
12. ศุภารพ โพธิ์เอียง, อทิตยา เฉิดโฉม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวานระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลแม่เมะ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562;6(1):31-44.
13. โสภานันท์ สะอาด. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2558;26(2): 41-9.
14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561
15. มะลิ โพธิพิมพ์, วาสุกรี เขวงกุล, ภักษิณีชัย พลศรีประดิษฐ์, วลัญชญา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วรารัตน์ สังวะสี, จิราภรณ์ ประธรรมโย. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกฎหมายอtotตัวว่าต่อพัฒนาระบบบริโภคอาหาร และด้านนิมวลดภายในชุมชน. วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 2565;26(2):235-48.