

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิภาวรรณ อะสงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เมษายน 2558


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

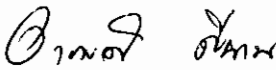
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วิชาวรรณ อะสงค์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

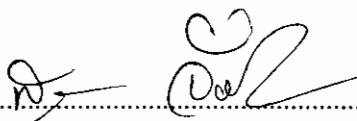
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีนาน)

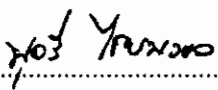
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน ธานี)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีนาน)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 1 เดือน 12 พ.ศ. 2558

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา
จากมหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคปลาย ปีการศึกษา 2556

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของผู้วิจัย รวมไปถึงการได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อาภรณ์ ตีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ปทุมรักษ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่คอยให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจ และการเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์รัชชัย หล่อสุวรรณกุล คุณวารินทร์ พระจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวนา กิระติบุตรวงศ์ และคุณจิราภรณ์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำเพื่อนำมาปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการของพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เจ้าหน้าที่ห้องตรวจคลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสัมภาษณ์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ ระหว่างการศึกษา ปลูกฝังให้มีการพัฒนาแนวความคิดทางการพยาบาล จึงก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับข้าพเจ้า

ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกท่าน รวมถึงท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่คอยให้กำลังใจ ห่วงใย คอยดูแลเอาใจใส่ และคอยช่วยเหลือให้ข้าพเจ้าสามารถดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

วิภาวรรณ อะสงค์

53910242: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง/ ปัจจัยที่มีอิทธิพล/ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ

วิทยารณ อะสงค์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (FACTORS INFLUENCING DIETARY AND FLUID CONSUMPTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อภรณ์ คีนาน, Ph.D. 93 หน้า, ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 จำนวน 85 ราย ที่มารับบริการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์เจตคติที่มีต่อการบริโภคอาหารและน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 38.45$, $SD = 8.23$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .522$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .235$, $p < .05$) และความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .221$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้อาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ($\beta = .522$, $p < .001$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 27.2

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม

53910242: MAJOR: ADULT NURSING; N.M.S. (ADULT NURSING)

KEYWORD: CHRONIC KIDNEY DISEASE/ FACTORS INFLUENCING/ DIETARY AND
FLUID CONSUMPTION BEHAVIORS

WIPAWAN ASONG: FACTORS INFLUENCING DIETARY AND FLUID
CONSUMPTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE.
ADVISORY COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph.D. 93 P. 2015.

The purposes of this research were to evaluate dietary and fluid consumption behaviors and to examine factors influencing dietary and fluid consumption behavior among patients with chronic kidney disease. Eighty five of stage 3 - 4 chronic kidney disease patients who came to outpatient departments of Chonburi Hospital and Queen Savang Vadhana Memorial Hospital for their follow up care were recruited in the study. Instruments used in this study consisted of Personal Data Record Form, Perception of Symptom, Knowledge of Dietary and Fluid Consumption, Social Support Interview Form, and Attitude toward Dietary and Fluid Consumption Interview Form. Data were analyzed using frequency, percentage, means, standard deviations and stepwise multiple regression.

The results revealed that stage 3-4 chronic kidney disease patients had a moderate level of dietary and fluid consumption behaviors ($\bar{x} = 38.45$, $SD = 8.23$). Dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease was related to knowledge of dietary and fluid consumption ($r = .522$, $p < .01$), social support ($r = .235$, $p < .05$), and attitude toward dietary and fluid consumption ($r = .221$, $p < .05$). However, perception of symptom was not significantly related to dietary and fluid consumption behaviors. Knowledge of dietary and fluid consumption was the only significantly predictor ($\beta = .522$, $p < .001$) and accounted for 27.2% of the variance of dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease.

Findings suggested that nurses should promote knowledge regarding dietary and fluid consumption for proper improvement of dietary and fluid consumption behaviors of chronic kidney disease patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคไตเรื้อรัง.....	12
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	23
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง.....	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	48
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ.....	53
ส่วนที่ 3 การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ.....	53
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง.....	54
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	57
อภิปรายผล.....	58
ข้อเสนอแนะ.....	60
บรรณานุกรม.....	62
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก	73
ภาคผนวก ข	75
ภาคผนวก ค	84
ภาคผนวก ง	91
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	93

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ($n = 85$).....	48
2	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$).....	53
3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้อาการความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$).....	54
4	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$).....	55
5	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$).....	55
6	จำนวนและร้อยละของคะแนนการรับรู้อาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ($n=85$).....	92

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 6 ในผู้ป่วยชาย และลำดับที่ 8 ในผู้ป่วยหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2549 อัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 220.77 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2553 อัตราผู้ป่วยเพิ่มเป็น 606.11 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549, 2553) ส่วนอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2546 อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต 17.7 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 19.5 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นภาวะที่ไตถูกทำลาย และ/ หรือมีอัตราการกรองของไตลดลง ติดต่อกันนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcome Quality Initiative [NKF-K/DOQI], 2002) ซึ่งโรคจะดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ โดยที่โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของไต โดยในระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนระยะที่ 2 มีอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย ทั้งสองระยะนี้จึงยังไม่พบอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน แต่ตรวจพบความผิดปกติของไต โดยตรวจพบเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ ระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น (Levey et al., 2005) ในระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง ส่วนระยะที่ 4 อัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก พบอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนขึ้นในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อารมณ์ ซีด อ่อนเพลีย ระดับฟอสฟอรัสและโพแทสเซียมในเลือดสูง หัวใจโต ปวดกระดูก และมีอาการบวม (ศศิธร ชิดนาคี, 2550; Crockell, 2012) ส่วนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เป็นระยะสุดท้ายของโรคไตเรื้อรัง ระยะนี้อัตราการกรองของไตมีค่าต่ำมาก ซึ่งเป็นระยะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้มีของเสียคั่งในร่างกายผู้ป่วยเป็นจำนวนมากหรือเรียกว่า ภาวะยูรีเมีย (Uremia) (Crockell, 2012) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ซีดรุนแรง หายใจหอบลึก

เหนื่อยง่าย ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อง่าย (ศศิธร ชิดนาคี, 2550) ผู้ป่วยในระยะนี้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อาจเสียชีวิตได้ภายใน 3 เดือน (Schena, 2000) ซึ่งวิธีบำบัดทดแทนไตเหล่านี้ ได้แก่ วิธีการฟอกเลือด (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องหรือการขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; NKF-K/DOQI, 2002)

อย่างไรก็ตามวิธีบำบัดทดแทนไตดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ตลอดจนเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดจะมีภาวะพร่องโภชนาการสูงถึงร้อยละ 76 (Green, 2009) มีการอุดตันภายในหลอดเลือดร้อยละ 40 (Trerotola, 2000) มีการติดเชื้อร้อยละ 19.3 (Nabi, Anwar, Barhabein, Mukdad, & Nassri, 2009) มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 12.5 (Banerjee, Ma, Collins, & Herzog, 2007) และมีภาวะซีดร้อยละ 10 (Al-Ageel et al., 2012) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจะพบว่า มีเยื่อช่องท้องหนาขึ้นร้อยละ 45.7 (Cakir et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการติดเชื้อบริเวณเยื่อช่องท้องมากถึงร้อยละ 38.1 และมีการติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสายร้อยละ 32.9 (Hildebrand et al., 2010) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้นพบว่า มีการเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 35 (Veroux et al., 2008) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม โดยพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 72 นอนไม่หลับร้อยละ 64.8 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 60 (Kabello, Idris, Alhaj, & Gadour, 2010) มีการแยกตัวออกจากสังคมร้อยละ 14.7 (Joly et al., 2003) สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2553) ได้รายงานเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 15,000 – 30,000 บาท/เดือน/คน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละวิธีของการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเจาะเลือด ค่ายา และการเดินทาง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เสียต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าด้วยวิธีใดจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นการดูแลรักษาที่ถือเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การชะลอความเสื่อมของไตที่จะเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งวิธีที่สำคัญคือการควบคุมอาหารและน้ำ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; NKF-K/DOQI, 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งไตสูญเสียการทำงานที่ ทำให้มีการขับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารลดลง ได้แก่ ยูเรีย และครีเอตินิน และมีโซเดียม โปแทสเซียม และฟอสฟอรัส คั่งในร่างกาย (Kopple & Massry, 2004 cited in Qi, Ang, & Chritensen, 2011)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (วรวรรณ ลิมปชัยมนตรี, จุฑามาส อ่อนน้อม และเอกหทัย แซ่เตีย, 2555) ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (ระยะที่ 1 ถึง 4) ให้ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนในปริมาณที่ไม่ต่ำกว่า 0.6 กรัม/ กก./ วัน แต่ไม่ควรเกิน 0.8 กรัม/ กก./ วัน สำหรับอาหารประเภทเกลือแร่ นั้น ควรรับประทานอาหารที่มีโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/ วัน ส่วนอาหารที่มีฟอสฟอรัส ควรรับประทานให้น้อยกว่า 800 มก./ วัน สำหรับโพแทสเซียม ผู้ป่วยควรรับประทานไม่เกิน 2,700 มก./ วัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรควบคุมการบริโภคอาหารประเภทไขมัน ไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด หรือควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 300 มล./ วัน

สำหรับการควบคุมปริมาณน้ำดื่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็นับว่ามีความสำคัญมาก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีอาการบวม หรือปัสสาวะยังออกปกติ ควรดื่มน้ำประมาณ 1.5-2 ลิตร/ วัน ในรายที่มีอาการบวมหรือมีปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ปริมาณน้ำที่ควรดื่มในแต่ละวันเท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ออกมาในวันก่อนบวกเพิ่มอีก 500 มิลลิลิตร นอกจากนี้ประเภทของน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ควรเป็นน้ำที่สะอาด ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเกลือแร่ต่าง ๆ (ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553)

การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ และน้ำอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ไตไม่ต้องทำหน้าที่มากเกินไป ลดการบาดเจ็บ การอักเสบและการเกิดพังผืดที่ไตได้ (Hostetter, Olson, Rennke, Venkatachalam, & Brenner, 2001; Hillege et al., 2002; Wang et al., 2007) นอกจากนี้การควบคุมการรับประทานอาหารประเภทไขมัน ทำให้ช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงไตอย่างเพียงพอ (Fried, 2008) จึงเห็นได้ว่าการควบคุมอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะช่วยชะลอความเสื่อมของไต และชะลอการบำบัดทดแทนไตให้ช้าลง (ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553)

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 47 ไม่ควบคุมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน (Cianciaruso et al., 2008) ผู้ป่วยร้อยละ 35.54 รับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์มากกว่า 0.8 กรัม/ กก./ วัน ซึ่งเกินปริมาณที่กำหนด (Gennari, Hood, Greene, Wang, & Levey, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 56.6 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมากกว่า 4 กรัม/ วัน (Vegter et al., 2012) สำหรับอาหารประเภทฟอสฟอรัสพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 65 รับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสมากกว่า 800 มก./ วัน (Murtaugh et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moe et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 72.72 รับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสเกินปริมาณที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ร้อยละ 96 รับประทานอาหารประเภทไขมันมากกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (Campbell, 2007)

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย นั้นมีอย่างจำกัด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องคือ ร้อยละ 47.73 รับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีคุณภาพต่ำเป็นประจำทุกวัน ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 25 และ 31.82 รับประทานผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงเป็นประจำเช่นกัน ขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอีกร้อยละ 28.41 รับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงเป็นประจำ สำหรับพฤติกรรมการดื่มน้ำพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 23.86 ดื่มน้ำแร่ น้ำอัดลม ชา กาแฟ ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีเกลือแร่จำนวนมาก (เกศกนก เข้มคง, 2550)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่ถูกต้องนั้น โรคจะดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้มากกว่าผู้ป่วยที่บริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม โดยพบว่า มีการศึกษาและติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 4 ปี พบว่า ร้อยละ 27 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีการควบคุมอาหารประเภทโปรตีน จะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ขณะที่ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Hansen, Taube-Berit, Jensen, & Parving, 2002) นอกจากนี้การศึกษาของ Vegter et al. (2012) พบว่า ร้อยละ 18.2 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภค จะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานโซเดียมตามปริมาณที่กำหนด ที่มีเพียงร้อยละ 6.1

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า การรับรู้อาการ เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยที่บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคลและลักษณะของความผิดปกติ นั้น ๆ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บุคคลจะแสวงหาวิธีในการจัดการ เพื่อลดอาการที่ผิดปกติ ตามความสามารถของตน (Dodd et al., 2001) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = -.276$, $p < .01$) ซึ่งอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยคือ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 78.34) ซึ่งอาการเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รู้สึกไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยจึงลดลง ส่วนอาการเบื่ออาหารนั้น ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554) ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้

ยังพบว่า การรับรู้อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = -.475, p < .01$) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 25.96, SD = 6.24$) และรับรู้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะสามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ ทำให้มีอาการลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารและน้ำได้ไม่เหมาะสม (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548)

อีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำคือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล โดยบุคคลจะใช้วุฒิภาวะ เพื่อตอบสนองพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001) ปัจจัยดังกล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Bloom et al., 1977 อ้างถึงใน จันทนา แสงเพชร, 2549) การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .525, p < .05$) (พงษ์ลดา นวชัย, 2544) และยังพบว่า ความรู้เรื่องชนิดอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .19, p < .05$) (Thomas et al., 2001)

นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Dodd et al., 2001) จึงเป็นอีกปัจจัยที่นำจะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินค่า (House, 1981 อ้างถึงใน พนิดา โยวะผิว, 2551) การสนับสนุนเหล่านี้ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .317, p < .01$) (ศิริชญญา กลีบเจริญ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .49, p < .01$ และ $r = .45, p < .01$ ตามลำดับ) (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมคือ เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ เจตคติ เป็นการแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่ตัดสินใจต่อเรื่องราวต่าง ๆ และแสดงออกมาทั้งทางบวกและลบ (Maio & Haddock, 2010) ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นเช่นไรจึงขึ้นอยู่กับเจตคติของบุคคลนั้น (Eagly &

Chaiken, 1993 cited in Culwell, 2010) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหาร และน้ำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะสุดท้าย โดยพบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .201, p < .05$) (ศิริชัยญา กลีบเจริญ, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าพบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและน้ำ ($r = .31, p < .01$) (Fincham & Moosa, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในประเทศไทยยังมีอย่างจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 4 ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการเริ่มชัดเจน และนำมาซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในด้านปริมาณที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 สามารถรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ในปริมาณที่น้อยกว่า เนื่องจากไม่ได้รับการฟอกเลือด ส่วนปริมาณน้ำที่ควรดื่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 สามารถดื่มน้ำได้ในปริมาณที่มากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีปัสสาวะออกมาปริมาณน้อยมาก ถ้าได้รับน้ำมากเกินไปจะมีอาการบวมมาก นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ควรควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำ เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต (Kopple & Massry, 2004) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ และอิทธิพลของการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำที่มีต่อพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การชะลอความเสื่อมของไต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้คือ การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า การรับรู้อาการ เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยที่บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติแตกต่างกันไป ตามลักษณะของบุคคลและลักษณะของความผิดปกติ นั้น ๆ ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้และลักษณะอาการของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้อาการของตนเองแล้ว บุคคลจะตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงการปรับพฤติกรรม (Dodd et al., 2001) ซึ่งอาการเป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคคลที่เผชิญอยู่ หากจัดการกับอาการได้ไม่ประสบผลสำเร็จ จะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการทำหน้าที่ของบุคคล (สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2551) สำหรับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรงพบได้ในอันดับต้น ๆ มีมากถึงร้อยละ 60.6 (แสงรวี มณีศรี, 2553) ซึ่งอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรงนี้ จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาการที่พบบ่อยคือ อาการเหนื่อยล้า จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่เหมาะสม (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รับรู้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะสามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ ทำให้มีอาการลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและน้ำที่ไม่เหมาะสม (นงลักษณ์ เมธากาญนศักดิ์, 2548)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ความรู้ เป็นส่วนหนึ่งของวุฒิภาวะของบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยบุคคลสามารถนำความรู้ที่ได้มาประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางในพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Dodd et al., 2001) ความรู้ เป็นการรับรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาทั้งด้านความสามารถ ทักษะ สติปัญญา และการใช้วิจารณญาณ ในการตัดสินใจ โดยการมีความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ ทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Bloom et al., 1977 อ้างถึงใน จันทนา แสงเพชร, 2549) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารประเภท ฟอสฟอรัส จะมีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารประเภทฟอสฟอรัสอย่างเหมาะสม (Degen, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านความรู้เรื่องการควบคุมปริมาณ โซเดียมในอาหาร มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณที่ไม่เหมาะสม (Wright & Cavanaugh, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำอย่างถูกต้อง จะสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม (พงษ์ลดา นวชัย, 2544; Thomas et al., 2001)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Dodd et al., 2001) หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ นั้น จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา (House, 1981 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือจัดหาอาหารมาให้รับประทาน มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ศศิธร ชำนาญผล, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยการได้รับข้อมูลเรื่องการจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลง (วนิดา คู่เคียงบุญ, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม (นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์, 2548; ศิริชัยญา กลั้วเจริญ, 2545)

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่า เจตคติเป็นการประเมินเรื่องราวที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากด้านสติปัญญา ได้แก่ ความคิด ความจำ ความเชื่อ ด้านความรู้สึก ได้แก่ อารมณ์หรือความรู้สึก และด้านพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ

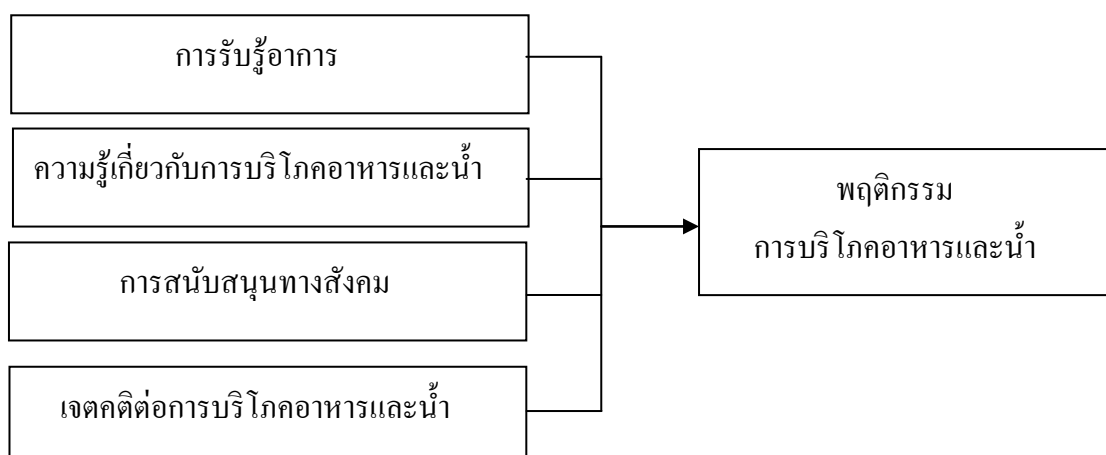
ซึ่งเจตคติมีผลต่อตัดสินใจในการประเมินเรื่องราวนั้น ๆ และบุคคลจะแสดงออกมาทางด้านความรู้สึกในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Maio & Haddock, 2010) ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจว่าจะเลือกบริโภคหรือไม่บริโภคอาหาร ตามความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบของตนเอง (Eagly & Chaiken, 1993 cited in Culwell, 2010) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีเจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน มีพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนอย่างเหมาะสม (Milas et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำที่ดี จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม (ศิริชัยญา กลั้วเจริญ, 2545; Fincham & Moosa, 2008)

ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ จึงมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยเหตุผลที่กล่าวมานี้จึงกำหนดสมมติฐานได้ดังกล่าวข้างต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ซึ่งการรับรู้อาการ ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของบุคคล โดยการรับรู้อาการ เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยประเมินอาการที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ จะส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แนวคิดการจัดการอาการดังที่กล่าวมา จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังพบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ โดยการใช้ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม

ดังนั้นการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 85 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ
ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยในระยะที่ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของ NKF-K/ DOQI (2002) ซึ่งประกอบด้วยอาการซีด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ชา ปวดกระดูก และบวม

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหารทั้งในด้านความถี่และปริมาณของอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ และไขมัน และพฤติกรรมกรบริโภคน้ำ ซึ่งประกอบด้วยปริมาณน้ำดื่ม ชนิดของน้ำดื่ม และวิธีบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้อาการ หมายถึง การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ผิวแห้ง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ปวดกระดูก ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร เป็นตะคริว คลื่นไส้ เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มีปัญหาในการนอนหลับ หน้ามืดเป็นลม บวม สีผิวเปลี่ยนแปลง เกิดจุดจ้ำเลือด และชา ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ แสงรวี มณีศรี (2553)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำดื่ม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องอาหารของ มะลิวรรณ สง่าลี (2550)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินค่า ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ยุพิน ตูลย์ไตรรัตน์ (2548)

เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำดื่ม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมกรปฏิบัติด้านอาหารของ ศิริธัญญา กลั้วเจริญ (2545)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภครักษาอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเรียงเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 ระยะของโรค อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง
 - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.6 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. พฤติกรรมการบริโภครักษาอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภครักษาอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
 - 3.1 การรับรู้อาการ
 - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภครักษาอาหารและน้ำ
 - 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 เจตคติต่อการบริโภครักษาอาหารและน้ำ

โรคไตเรื้อรัง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จะกล่าวถึงความหมายของโรคไตเรื้อรัง ระยะของโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัยโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) หมายถึง ภาวะที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยาของไตจากเลือด ปัสสาวะ หรือภาพถ่ายไต ทั้งนี้อาจมีอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate [eGFR]) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังยังหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วย

มีอัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำกว่า 60 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยอาจตรวจพบว่าไตมีความผิดปกติหรือไม่ก็ได้ (NKF-K/ DOQI, 2002)

ระยะของโรค อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง

NKF-K/ DOQI (2002) จำแนกระยะของโรคไตเรื้อรังตามค่าของอัตราการกรองของไต (eGFR) ได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตมีความเสียหายเกิดขึ้น แต่อัตราการกรองของไต (eGFR) ยังมีค่าปกติหรือเพิ่มขึ้น คือมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตมีความเสียหาย และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงเล็กน้อย ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 60 มิลลิลิตร ถึง 89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ในระยะที่ 1 และ 2 ของโรคนี้ อาจตรวจพบอาการแสดงถึงความผิดปกติของปริมาณปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะปริมาณมาก หรือออกน้อย หรืออาจพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ นอกจากนี้ยังพบว่า มีระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น อาจมีความดันโลหิตสูง และอาการบวม (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555)

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงปานกลาง ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 30 มิลลิลิตร จนถึง 59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

อาการของโรคในระยะนี้จะชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดกระดูก ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนี้คือ การดูดซึมแคลเซียมลดลง ภาวะโลหิตจาง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555; Crokell, 2012; Qi et al., 2011; Martinez-Castelao et al., 2011)

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงอย่างมาก มีค่าอยู่ในช่วง 15 มิลลิลิตร ถึง 29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

อาการและอาการแสดงในระยะนี้ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เริ่มมีอาการชา ซีดระดับปานกลาง ระดับฟอสฟอรัสและโพแทสเซียมในเลือดสูง หัวใจโต และมีอาการบวม (ประจักษ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555; Crokell, 2012; Martinez-Castelao et al., 2011)

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ไตล้มเหลว มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งเป็นโรคไตระยะสุดท้าย (End Stage Renal Failure [ESRD])

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในระยะนี้ เกิดจากภาวะยูริเมียซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ภูมิคุ้มกันต่ำ ภาวะซีดที่รุนแรง และภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ศศิธร ชิดนาคี, 2550; Crokell, 2012; NKF-K/ DOQI, 2002)

สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากสาเหตุต่าง ๆ (ศศิธร ชิดนาคี, 2550; Graves, 2008) ดังนี้

1. สาเหตุก่อนไต (Prerenal causes) เป็นสาเหตุที่มาจากกรณีพยาธิสภาพอยู่ก่อนถึงเนื้อไต ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง ได้แก่ ภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดเป็นพิษ การติดเชื้อในกระแสเลือด และเบาหวาน เป็นต้น

2. สาเหตุที่ไต (Internal causes) เป็นสาเหตุที่มาจากกรณีพยาธิสภาพที่เนื้อไต บริเวณเนื้อเยื่อของไต หรือหลอดเลือดฝอยของไต

2.1 การได้รับสารเคมีที่ทำลายเนื้อไต ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ สารพิษรังสี

2.2 การอุดตันในเนื้อไต ได้แก่ นิ่ว เนื้องอกที่ไต พังผืดหรือแผลเป็นที่เนื้อไต

2.3 โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไต ได้แก่ กลุ่มอาการโรคไต

เนฟโรติก ภาวะแพ้ภูมิตนเอง มะเร็งเม็ดเลือด เป็นต้น

2.4 การอักเสบของเนื้อเยื่อไตอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยที่ไตอักเสบเรื้อรัง

3. สาเหตุหลังไต (Postrenal causes) เป็นสาเหตุที่มาจากกรณีพยาธิสภาพหลังจากเนื้อไตลงมาคือตั้งแต่บริเวณกรวยไต ไปจนถึงทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากนิ่ว เนื้องอก ลิ่มเลือด เนื้อร้าย และต่อมลูกหมากโต การเกิดพังผืดหรือเนื้องอกบริเวณต่อมหมวกไต เป็นต้น การอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะนี้ ทำให้เกิดการกั่งของปัสสาวะ นำไปสู่การติดเชื้อ ซึ่งอาจลุกลามไปถึงกรวยไต จึงทำให้กรวยไตและเนื้อไตอักเสบได้ เมื่อเกิดการอักเสบเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ไตถูกทำลายได้

พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรัง

ไต ประกอบด้วย หน่วยไต (Neptron) ซึ่งประกอบด้วย หลอดเลือดฝอยไต (Glomerulus) ทำหน้าที่กรองสารต่าง ๆ และเซลล์บุหลอดไต (Tubulointerstitium) ทำหน้าที่ดูดกลับสารที่มีประโยชน์กลับสู่ร่างกายและขับของเสียออกจากร่างกาย เมื่อไตได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่าง

ไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม หน่วยไตจะได้รับการบาดเจ็บ หน่วยไตจะมีจำนวนลดลง ซึ่งการลดลงของหน่วยไต จะทำให้ทั้งหลอดเลือดฝอยไต และเซลล์บุหลอดไตเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น

การบาดเจ็บที่หลอดเลือดฝอยไต เกิดจากหลอดเลือดฝอยไตส่วนที่เหลือต้องปรับตัวทำหน้าที่ทดแทนหลอดเลือดฝอยไตที่สูญเสียไป จึงทำให้หลอดเลือดฝอยไตส่วนที่เหลือนี้ปรับตัวให้มีขนาดใหญ่ขึ้น จึงทำให้ความดันในหลอดเลือดฝอยไตเพิ่มขึ้นด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้หลอดเลือดฝอยไตเกิดการอักเสบและเกิดพังผืด จนทำให้หลอดเลือดฝอยไตแข็งตัวในที่สุด

(ไตรรักษ์ พิธิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ปวีณา สุทัศน์พิชญ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; Lewis, 2009) การทำหน้าที่ในการกรองสารต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะโปรตีนซึ่งจะรั่วออกมาทางปัสสาวะ และไปย่อยสลายในเซลล์หลอดเลือด ทำให้มีการสร้างแอมโมเนีย ซึ่งทำให้เซลล์หลอดเลือดเกิดการบาดเจ็บตามมา และพบเม็ดเลือดแดงรั่วออกมาทางปัสสาวะ เมื่อเซลล์หลอดเลือดเกิดการอักเสบเป็นเวลานาน ทำให้เกิดพังผืดที่เซลล์หลอดเลือดในที่สุด (ปวีณา สุทัศน์พิชญ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) การทำหน้าที่ในการดูดกลับสารต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะการดูดซึมน้ำ ทำให้ปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ยังทำให้การขับของเสียออกจากร่างกายลดลง ปริมาณของเสียในเลือด ได้แก่ ยูเรียในโตรเจน (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) จึงเพิ่มขึ้น (ศศิธร ชิดนาคี, 2550)

เมื่อหน่วยไตมีการสูญเสียการทำงานที่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนมีอัตราการกรองของไตเสียไปร้อยละ 75-80 โรคจะดำเนินเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดภาวะยูรีเมีย ซึ่งเป็นระยะที่มีการคั่งของน้ำและของเสียในร่างกายจำนวนมาก ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ความผิดปกติของสารน้ำและอิเล็กโทรลิตต์ ระบบประสาท ระบบโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบกระดูก ระบบผิวหนัง รวมทั้งระบบสืบพันธุ์ (วัลลา ตันตโย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543; ศศิธร ชิดนาคี, 2550) ดังนี้

1. ความผิดปกติของสารน้ำ อิเล็กโทรลิตต์ และกรด ต่าง (ปวีณา สุทัศน์พิชญ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; วัลลา ตันตโย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543; ศศิธร ชิดนาคี, 2550)

1.1 ความผิดปกติของสารน้ำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรก ไตเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่ในการดูดซึมน้ำ จึงทำให้มีการขับปัสสาวะออกมาจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดน้ำได้ ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ๆ ไตสูญเสียหน้าที่ในการขับน้ำออกจากร่างกาย อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำเกิน

1.2 ความผิดปกติของโซเดียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไตจะทำหน้าที่ขับโซเดียมออกจากร่างกายลดลง จึงทำให้เกิดโซเดียมกั่งในร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำเกิน ทำให้เกิดน้ำท่วมปอด และหัวใจวาย เป็นต้น

1.3 ความผิดปกติของโพแทสเซียม เมื่อเกิดโรคไตเรื้อรัง ความสามารถของไตในการขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะจะลดลง หากได้รับยาที่มีผลเก็บโพแทสเซียมในร่างกาย หรือการรับประทานผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง และเกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเหนื่อยหอบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้

1.4 ความผิดปกติของแมกนีเซียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ความสามารถของไตในการขับแมกนีเซียมออกทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง

และเกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น

1.5 ความผิดปกติของสมดุลกรด ด่าง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไตทำหน้าที่ในการขับไฮโดรเจนไอออนที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของแอมโมเนีย เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ จึงทำให้มีการขับไฮโดรเจนไอออนลดลง ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และเกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หายใจหอบลึก หายใจเร็ว เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือดและหัวใจ

2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไตขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกายลดลง จนทำให้มีการกักตุนน้ำและโซเดียม ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone system) เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระดับความดันโลหิตสูง (ชาลิต รัตนกุล, 2552; ศศิธร ชิดนาคี, 2550) ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีการศึกษาความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 45.8 มีความดันโลหิตสูง (อนุตตร จิตตินันท์, วรธรรม ชัยลิมปนมตรี และปรีชา เฉลยภาพ, 2549)

2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิตสูง ซึ่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบร้อยละ 21.6 ภาวะหัวใจล้มเหลว พบร้อยละ 17.5 และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบร้อยละ 11.1 (Martinez-Castelao et al., 2011) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดและหัวใจนี้จะส่งผลให้เกิดภาวะไตเสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ไตจึงขาดเลือดไปเลี้ยง

3. ภาวะแทรกซ้อนของระบบเลือด

3.1 ภาวะโลหิตจาง (Anemia) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การทำหน้าที่ของไตในการสร้างฮอร์โมน Erythropoietin ได้น้อยลง เม็ดเลือดแดงมีการแตกตัว ทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง และการขาดสารอาหารต่าง ๆ ได้แก่ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งภาวะโลหิตจางจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เมื่อโรคไตเรื้อรังรุนแรง (ศศิธร ชิดนาคี, 2550; Thomas et al., 2008) มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 48 มีภาวะโลหิตจาง (Rasu, Manley, Crawford, & Balkrishnan, 2007)

3.2 ภาวะเลือดออกง่าย (Bleeding tendencies) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเรื้อรังระยะท้าย ๆ มีของเสียคั่งในร่างกายจำนวนมาก ของเสียที่เกิดการคั่งในร่างกายมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติ

ในการทำหน้าที่ของเกล็ดเลือด เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ในการรวมตัวของเกล็ดเลือด (Aggregation) และการสร้าง platelet factor III ลดลง ทำให้ลดการเกาะติดของเกล็ดเลือดที่ผนังหลอดเลือด ทำให้มีความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวช้า ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายมากขึ้น (ปวีณา สุสัจจิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; ศศิธร ชิดนาคี, 2550) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 32 มีผิวหนังเป็นจุดจ้ำเลือดได้ง่าย (แสงรวีมณีสรี, 2553)

3.3 ภาวะภูมิคุ้มกันต้านร่างกายต่ำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีเม็ดเลือดขาวลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มเซลล์เม็ดเลือดขาวจะเสื่อม และการตอบสนองกระบวนการอักเสบเสียไป เนื่องจากค่าลิมโฟไซต์ที่ทั้งชนิดที่และบีจะลดลง ทำให้การเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวเข้าหาสิ่งกระตุ้นลดลง และเม็ดเลือดขาวทำลายเชื้อโรคได้ลดลง สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านร่างกายต่ำลง และติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (ปวีณา สุสัจจิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; ศศิธร ชิดนาคี, 2550) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อร้อยละ 63.1 จะมีเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดมากเกินปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 7.9 มีการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (Viasus et al., 2011)

4. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขับน้ำออกจากร่างกายได้ลดลง ทำให้สารน้ำคั่งในร่างกาย เป็นผลให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งพบได้ร้อยละ 11.14 และภาวะหายใจล้มเหลว พบร้อยละ 65.5 (Viasus et al., 2011)

5. การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเกิดจากการมีของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบร้อยละ 25 เบื่ออาหาร พบร้อยละ 43.75 (Fadupin & Egwu, 2011) นอกจากนี้แล้วของเสียที่คั่งในร่างกายจำนวนมากยังทำให้เกิดแผลตามเยื่อบุต่าง ๆ พบได้ทั้งในปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหาร จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 19-32 มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (Pollara, 1998)

6. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เนื่องการมีของเสียคั่งในร่างกายจำนวนมาก ซึ่งของเสียเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ดังต่อไปนี้

6.1 ระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้ของเสียส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ง่วงซึมในเวลากลางวัน นอนไม่หลับ ความผิดปกติด้านความคิดและจิตใจ โดยผู้ป่วยจะไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ความสนใจสั้น โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 15 มีระดับความจำลดลง และร้อยละ 63 มีระดับสติปัญญาลดลง (Post et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย

มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์ไม่คงที่ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เฉยชา ซึมเศร้า สับสน
ระดับความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้อกระดูก ชัก ซึมลง และไม่รู้สึกร่างกาย (ศศิธร ชิดนาคี, 2550)

6.2 ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อเกิดไตสูญเสียหน้าที่
ทำให้ของเสียคั่งในร่างกายจำนวนมาก ซึ่งของเสียทำให้เส้นประสาทส่วนปลายและเส้นประสาท
รับความรู้สึกและการสั่งการมือและเท้าเสื่อมลง ทำให้ความเร็วของการนำสัญญาณประสาทจะผิดปกติ
ซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร้อยละ 60–80 (Bazzi et al., 1991 cited in
NKF-K/DOQI, 2002) โดยระบบประสาทในส่วนแขน ขา ซ้ำลง ทำให้มีความรู้สึกแปลก ๆ ปวด
แสบปวดร้อนหรือชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว พบความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การเดิน
ไม่มั่นคง มีอาการสั่น เป็นต้น (ศศิธร ชิดนาคี, 2550)

7. ภาวะแทรกซ้อนของระบบกระดูก เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้การดูดกลับ
ฟอสเฟตลดลง ปริมาณฟอสเฟตในเลือดจึงสูงขึ้น ส่งผลให้ปริมาณแคลเซียมในเลือดลดลง และ
มีการกระตุ้นการสร้างพาราไธรอยด์ฮอร์โมนเพิ่มขึ้น ทำให้แคลเซียมเคลื่อนที่ออกจากกระดูก
เป็นผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน และปวดกระดูก การเปลี่ยนแปลงของกระดูกนี้ในโรคไตเรื้อรัง
เรียกว่า Renal osteodystrophy (ศศิธร ชิดนาคี, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่มี
โรคไตเรื้อรังร้อยละ 47 มีภาวะกระดูกพรุน (Kinsella, Chavrimootoo, Molloy, & Eustace, 2010)
นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยอีกร้อยละ 37.6 มีอาการปวดกระดูก (แสงรวี มณีศรี, 2553)

8. ภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนัง เนื่องจากไตขับสาร urochrome pigment ออกจาก
ร่างกายได้ลดลง จึงทำให้เกิดการคั่งของสารชนิดนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีผิวสีเข้ม นอกจากนี้ผิวหนังของ
ผู้ป่วยจะแห้ง เพราะมีการฟอกของต่อมเหงื่อ ต่อมน้ำมันทำงานน้อยลง และการมีแคลเซียมฟอสเฟต
ตกตะกอนอยู่ จึงทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง (ศศิธร ชิดนาคี, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 39.4 มีผิวแห้งหรืออาการคัน และอีกร้อยละ 20.2 มีผิวหนังเปลี่ยนแปลง
(แสงรวี มณีศรี, 2553)

9. ภาวะแทรกซ้อนของระบบสืบพันธุ์ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมักไม่มีรอบเดือนหรือมีไม่
สม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าระดับ Progesterone จะต่ำกว่าปกติ ส่วนผู้ป่วยเพศชายจะมีระดับ Testosterone
ต่ำ พบว่า อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ขนาดอวัยวะเล็ก และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (ศศิธร ชิดนาคี,
2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ๆ ร้อยละ 60.3 ที่เสื่อมสมรรถภาพ
ทางเพศ (Messina et al., 2007) อาจเกิดจากภาวะของเสียคั่งในร่างกายจำนวนมาก ซึ่งทำให้เกิดความ
ผิดปกติของฮอร์โมนเพศ

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง มีวิธีการวินิจฉัย ดังนี้

1. การตรวจค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular filtration rate [eGFR]) เป็นการวัดอัตราการทำงานของไตต่อพื้นที่ผิวกาย คือ 1.73 ตารางเมตร โดยทั่วไปคนปกติจะมีค่า eGFR ประมาณ 120-130 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร ซึ่งการคำนวณ eGFR มี 2 วิธีคือ

1.1 วิธีของ Cockcroft and Gault (Cockcroft & Gault, 1976 อ้างถึงใน ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) วิธีนี้ eGFR ได้จากการคำนวณค่าครีเอตินินเคลียเรนซ์ (Creatinine Clearance [CCr]) ซึ่งคำนวณมาจากตัวแปรอายุ น้ำหนักตัว ค่าครีเอตินิน และเพศ ดังนี้

$$CCr = \frac{[140 - \text{อายุ (ปี)}] \times \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{72 \times \text{ค่าครีเอตินินในเลือด (มก./ ดล.)}}$$

ในกรณีที่เป็นผู้หญิงให้นำค่าที่คำนวณได้จากสูตรไปคูณด้วย 0.85

วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าครีเอตินิน (Creatinine) คงที่ หรือเปลี่ยนแปลงไม่มาก

1.2 วิธีของ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) (Levey et al., 2006) วิธีนี้คำนวณค่า eGFR จากตัวแปรครีเอตินิน อายุ เพศ ได้ดังนี้

$$eGFR = 175 \times \text{ค่าครีเอตินินในเลือด}^{-1.154} \times \text{อายุ}^{-0.203}$$

ในกรณีที่เป็นผู้หญิงให้นำค่าที่คำนวณได้จากสูตรไปคูณด้วย 0.742

วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าครีเอตินินไม่คงที่ หรือเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

2. การตรวจเลือด เพื่อหาระดับครีเอตินินในเลือด (Serum Creatinine [SCr]) ครีเอตินินเป็นสารที่ได้จากการเผาผลาญอาหารประเภทโปรตีน และถูกขับออกทางปัสสาวะ เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ จะทำให้ไตไม่สามารถขับครีเอตินินออกทางปัสสาวะได้ จึงทำให้ระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น โดยปกติค่า SCr จะเท่ากับ 0.5-1.4 มก./ ดล. (ไตรรัภย์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

3. การตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของไตในการกรองโปรตีน โดยปกติจะไม่สามารถตรวจพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ แต่เนื่องด้วยไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองโปรตีน จึงทำให้สามารถตรวจพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้ ซึ่งตรวจได้โดยใช้ Dipstick test กรณีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน เมื่อตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ 1+ ขึ้นไป หรือผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะไตผิดปกติ

การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ สามารถตรวจจากค่า Urinary protein/ Creatinine ratio ซึ่งได้จากการเก็บปัสสาวะในตอนเช้า ถ้าพบว่ามีค่ามากกว่า 500 มล./ กรัม แสดงว่าไตมีการทำงาน

ผิดปกติ หรือถ้าตรวจโปรตีนทั้งหมดในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมง หากค่าที่ได้มากกว่า 300 มก./ วัน แสดงว่าไตทำงานผิดปกติ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

4. การตรวจอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจทางรังสี หรืออัลตราซาวด์สามารถบอกลักษณะ ขนาดของไต ทำให้ทราบละเอียดเกี่ยวกับการทำงานของไตได้ชัดเจน ปกติไตจะมีขนาดเท่ากับ 10-13 ซม. สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถตรวจพบว่าไตมีขนาดเล็กกว่า 9 ซม. (ศศิธร ชิดนายิ, 2550)

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การสูญเสียหน้าที่ของไตจะดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อช่วยชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตไว้ให้นานที่สุด การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การจัดการกับโรคร่วมและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

1. การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม (ไตรรัถย์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เข็มอ่อง, 2553; วัลลา ตันตโย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ดังนี้

การควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการขับของเสียออกจากไตจะลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงควรควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ปริมาณ 0.6 - 0.8 กรัม/ กก./ วัน อาหารประเภทโซเดียมปริมาณไม่เกิน 2 กรัม/ วัน อาหารประเภทฟอสฟอรัสปริมาณไม่เกิน 800 มก./ วัน อาหารประเภทโพแทสเซียมไม่เกิน 2,700 มก./ วัน และอาหารประเภทไขมันปริมาณไม่เกิน 300 มก./ วัน การควบคุมอาหารเหล่านี้จะช่วยลดการตั้งของเสียในร่างกาย ทำให้ไตไม่ต้องทำงานหนักเกินไปในการขับของเสียออกจากร่างกาย และช่วยลดการบาดเจ็บของหน่วยไต จึงมีผลช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้

การควบคุมน้ำดื่มควรดื่มน้ำประมาณ 1.5-2 ลิตร/ วัน หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีอาการบวมหรือปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ควรให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณน้ำดื่ม โดยคำนวณได้จากปริมาณปัสสาวะที่ออกมาของวันก่อน นำมาบวกเพิ่มอีก 500 มิลลิเมตร จะได้เป็นปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรดื่มในแต่ละวัน เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ ความสามารถในการควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่จะลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงควรควบคุมปริมาณน้ำดื่มและเกลือแร่ ซึ่งจะช่วยรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายของผู้ป่วย ลดการทำหน้าที่ของไตในการขับน้ำและเกลือแร่ส่วนเกินออกจากร่างกาย จึงชะลอความเสื่อมของไตได้

2. การจัดการกับโรคร่วมและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุ ที่ทำให้ไตเสียหายอย่างต่อเนื่อง จึงควรรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ เพื่อให้ไตส่วนที่เหลืออยู่มีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ได้มากที่สุด (ไตรรัถย์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ศศิธร ชิดนายิ, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

การจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ได้แก่ การขาดสารน้ำ การได้ยาขับปัสสาวะ หรือการเสียเลือด ภาวะหัวใจวาย และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจวาย เป็นต้น

การจัดการกับสาเหตุที่ความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น โดยการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจึงควรควบคุมระดับน้ำตาลที่สะสมในกระแสเลือด (HbA1C) ให้มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตลอดวันมีค่าไม่เกิน 180 มก./ ดล. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหารรสหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีทั้งยาเม็ด และยาฉีดอินซูลิน และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/ 80 mmHg การปฏิบัติสำหรับลดความดันโลหิตสูง ลดความตึงเครียด เลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/ วัน และการรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ

การจัดการกับสาเหตุที่เกิดจากการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กรวยไต ไปจนถึงท่อปัสสาวะ ที่มักเกิดจากนิ่ว เนื้องอก ลิ่มเลือดที่อุดตันเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยการตรวจด้วยวิธี อัลตราซาวด์ (Ultrasound) ระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อประเมินความผิดปกติและดูแลรักษาได้ถูกต้อง

3. การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง ภาวะน้ำเกิน ฟอสเฟสในเลือดสูง โพแทสเซียมในเลือดสูง โลหิตจาง การดูแลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดการและควบคุมภาวะแทรกซ้อนโดยการให้ยาต่าง ๆ (ไตรักษัฟิสิชัญกุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

ยาลดความดันโลหิตสูง ควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACE inhibitor) เป็นยาลดความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดระดับโปรตีนในปัสสาวะ และช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ แต่ยาลดความดันโลหิตสูงในกลุ่มนี้ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจากยาอาจส่งผลให้มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้นได้ ส่วนยาอีกกลุ่มคือ Calcium channel blocker ยาในกลุ่มนี้ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากยาอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ยาขับปัสสาวะ ยาจะออกฤทธิ์ในการขับน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย ช่วยลดอาการบวมและลดระดับความดันโลหิต ยาที่ใช้คือยาในกลุ่ม Loop diuretic

ยารักษาภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในร่างกายสูงอาจส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรได้รับยาที่ใช้รักษาภาวะโพแทสเซียมใน

เลือดสูง ได้แก่ ยาลดระดับโพแทสเซียม Kayexalate หรือ Kalimate โดยขับออกทางลำไส้

ยารักษาภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง การมีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงจะทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ (Parathyroid gland) หลั่งมากเกินไป ทำให้ส่งผลเสียต่อกระดูก และรวมทั้งมีผลทำให้ไตสูญเสียหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ Calcium carbonate, Calcium acetate, Aluminum hydroxide และ Magnesium hydroxide เพื่อปรับระดับฟอสเฟตในเลือด

ยารักษาภาวะโลหิตจาง ภาวะซีดเกิดจากการขาดฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin hormone) หรือเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ คือ การขาดธาตุเหล็ก การรักษาโดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งการให้ Erythropoietin

ยาลดระดับไขมันในเส้นเลือด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับไขมันในเส้นเลือดสูง เชื่อว่าจะมีส่วนเร่งให้มีการสูญเสียหน้าที่ของไตมากขึ้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับยาที่ใช้ลดระดับไขมันในเส้นเลือด ยาในกลุ่ม Statin

ยารักษาภาวะกรดต่างในร่างกาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังความสามารถในการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายลดลง จึงส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับยา Sodium carbonate เพื่อช่วยแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด

4. การบำบัดทดแทนไต เป็นวิธีบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลและการขับของเสียออกจากร่างกายได้ (ไตรักรัษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; ปวีณา สุสันจิตพงษ์ และสมชาย เขียมอ่อน, 2553; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2553) วิธีการบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี (ศศิธร ชิดนายิ, 2550) ดังนี้

4.1 การฟอกเลือด (Hemodialysis) เป็นกระบวนการนำเลือดของผู้ป่วย ประกอบไปด้วยน้ำ ยูเรีย (Urea) และครีเอตินิน (Creatinine) ผ่านเข้าสู่เครื่องไตเทียมมาผ่านตัวกรอง โดยการแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่าง ๆ ในเลือดและน้ำยา จนความเข้มข้นของน้ำและสารต่าง ๆ ในเลือดและน้ำยา มีความเข้มข้นเท่ากัน โดยวิธีแพร่กระจาย เป็นการกรองของเสียออกจากเลือด แล้วดึงเลือดกลับเข้าสู่ตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาล 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง

4.2 การล้างไตทางช่องท้องหรือการขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารละลายภายในช่องท้อง ทำให้ภายหลังการแลกเปลี่ยนผู้ป่วยมีปริมาณของเสียที่อยู่ในร่างกาย ได้แก่ ยูเรีย (Urea) ครีเอตินิน (Creatinine) รวมทั้งอิเล็กโทรลิตที่มีปริมาณลดลง วิธีนี้มีความสะดวก ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทำเองได้ที่บ้าน วิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล และมีความพร้อมที่จะสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยา 4 ครั้ง/ วัน

4.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) เป็นวิธีการรักษาโดยการเปลี่ยน หรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไปยังผู้ป่วย โดยต้องมีการทดสอบระบบภูมิคุ้มกันของทั้งสองฝ่าย ซึ่งการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะต้องรออวัยวะเป็นเวลานานเป็นปี แต่โรคลังคังดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแล้วจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะ และยากดภูมิคุ้มกันไป ร่างกายไปตลอดชีวิต อย่างไรก็ตาม การบำบัดทดแทนไตดังที่กล่าวมานั้น จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โรคไตเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง มีภาวะที่ไตถูกทำลาย และ/หรือมีอัตราการกรองของไตลดลงติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป โรคไตเรื้อรังนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระยะ แต่ในระยะที่ 3 และ 4 สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากมีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางถึงมาก โดยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไต 30 ถึง 59 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร และระยะที่ 4 มีค่าอัตราการกรองของไต 15 ถึง 29 มิลลิลิตร/ นาที/ 1.73 ตารางเมตร และทั้งสองระยะมีอาการที่ชัดเจน ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ชา ปวดกระดูก และบวม สำหรับโรคไตเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุทั้งกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน เนื้องอก นิ้ว กลุ่มอาการโรคไตเนฟโรติก และการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะจนทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปที่ไต สาเหตุเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดฝอยไต และเซลล์หลอดเลือดไตได้รับการบาดเจ็บ ไตจึงสูญเสียหน้าที่ลงเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการวินิจฉัยโรคโดยวิธีคำนวณค่าอัตราการกรองของไต เพื่อทำให้ทราบค่าอัตราการกรองไตที่ชัดเจน นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสมกับระยะของโรค เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งวิธีที่สำคัญคือ การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน เนื้อสัตว์ ไขมัน และน้ำดื่มในปริมาณที่เหมาะสม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับลักษณะการเลือกรับประทานอาหาร ทั้งด้านประเภท ปริมาณ และความถี่ของอาหารในแต่ละมื้อ (อัญชญา พวงจิต, 2553) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และน้ำที่ถูกต้อง จะช่วยชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (วรารธรรม ลิ้มปชัยมนตรี, จุฑามาส อ่อนน้อม และเอกหทัย แซ่เตีย, 2555) และ ชวลิต รัตนกุล (2552) ได้แนะนำให้ผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ให้ควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำ ดังนี้

1. การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ในปริมาณไม่ต่ำกว่า 0.6 และไม่ควรเกิน 0.8 กรัม/ กก./ วัน หรือเนื้อสัตว์ไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะ/ มื้อ หรือประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ/ วัน โดยเลือกรับประทานจากแหล่งอาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดี ได้แก่ ไข่ขาว เนื้อปลา เนื้อหมู/ ไก่/ วัว เพราะเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง มีกรดอะมิโนที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ทำให้มีของเสียสะสมอยู่น้อย จึงทำให้ไตไม่ต้องทำงานหนักในการขับเสียออกจากร่างกาย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรควบคุมการรับประทานอาหาร โปรตีนที่มีคุณภาพสูงในปริมาณตามกำหนด ส่วนโปรตีนจากเนื้อกบ ปลาตัวเล็กกินทั้งกระดูก ลูกชิ้น และนม อาหารเหล่านี้เป็นโปรตีนที่มีฟอสฟอรัสสูง ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเหล่านี้ และควรงดรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพต่ำ อาหารจำพวกถั่ว ธัญพืช เต้าหู้ เพราะเป็นโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นไม่ครบมีของเสียจำนวนมาก และมีปริมาณฟอสฟอรัสสูง จึงทำให้ไตต้องทำงานหนักในการขับของเสียออกจากร่างกาย (ชวลิต รัตนกุล, 2552; วรธรรม ชัยลิมปมนตรี และคณะ, 2555; Fouque, Wang, Laville, & Boissel, 2000) ดังนั้นการควบคุมอาหารประเภทโปรตีน จึงช่วยให้ไตกรองและดูดกลับโปรตีนได้ดี จึงพบการรั่ว ของ โปรตีนในปัสสาวะลดลง ทำให้ช่วยชะลอการอักเสบและการเกิดพังผืดของไต (Hostetter et al., 2001; Tungsanga et al., 2005) และช่วยลดการเกิดของเสียตั้งในในร่างกาย จึงลดการเกิดภาวะยูรีเมีย (Stall, 2008) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนตามปริมาณที่กำหนด พบว่าอัตราการกรองของไตลดลงเพียง 3.8 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร/ปี ซึ่งลดลงน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหาร โปรตีนเกินกำหนด ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงมากถึง 7.1 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร/ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน มีจำนวนผู้ป่วยที่การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ที่พบได้มากถึงร้อยละ 27 (Hansen et al., 2002) อย่างไรก็ตาม Fouque et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมอาหารประเภทโปรตีน สามารถชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายช้าลงได้ร้อยละ 40 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมอาหารประเภทโปรตีน สามารถช่วยชะลอการบำบัดทดแทนไตได้อีก ร้อยละ 31 (Fouque, Wang, & Boissel, 2006 cited in Stall, 2008)

สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนในปริมาณที่ไม่เหมาะสมก็จะส่งผลต่อร่างกายได้ จากการศึกษา Menon et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับประทานอาหารโปรตีนในปริมาณน้อยเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการอักเสบได้

ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Symes (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานอาหารที่มีโปรตีนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ร้อยละ 28-48 นอกจากนี้แล้ว การศึกษาของ Lam (2009) พบว่า เมื่อเกิดภาวะพร่องโภชนาการจะทำให้เกิดการอักเสบ ทำให้เนื้อเยื่อไตถูกทำลายลงเรื่อย ๆ จนโรคเข้าสู่ภาวะระยะสุดท้าย ส่วนการศึกษาของ Menon et al. (2009) พบว่า การอักเสบจะทำให้โรคมีความก้าวหน้าเข้าสู่ภาวะระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 87.3 และเสียชีวิตร้อยละ 38.9

2. การรับประทานอาหารประเภทเกลือแร่

2.1 โซเดียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรรับประทานในปริมาณน้อยกว่า 2 กรัม/ วัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3 ช้อนชา/ วัน หรือเกลือไม่เกิน 4/ 5 ช้อนชา/ วัน โดยแหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูงที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทเครื่องปรุงรส เกลือ ซอส น้ำปลา ผงชูรส เต้าหู้ยี้ ปลาหมัก เกลือ ไข่กรอก แสม เบคอน และบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (ชาลิต รัตนกุล, 2552; วรพรรณ ชัยลิมปมนตรี และคณะ, 2555)

2.2 ฟอสเฟต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตในปริมาณที่น้อยกว่า 800 มก./ วัน แหล่งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ไข่แดง นมทุก รูปแบบ เนย ธัญพืชพวกงาคำ เมล็ดถั่ว ข้าวซ้อมมือ กุ้ง กุ้งแห้ง กุ้งก้ามกราม น้ำอัดลม ซอคโกแลต เป็นต้น (ชาลิต รัตนกุล, 2552; อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์, 2551; อุษณา ลูวีระ, 2540)

2.3 โพแทสเซียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมได้ในปริมาณไม่เกิน 2,700 มก./ วัน หรือผลไม้ไม่เกิน 10 ชิ้น/ มื้อ หรือผักไม่เกิน 3 ท็อป/ วัน ในรายที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงมากกว่า 5 mEq/ L ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง แหล่งอาหารที่มีโพแทสเซียมได้แก่ แครอท ฟักทอง บร็อคโคลี่ เห็ดหอม เห็ดนางรม กะหล่ำปลี คื่นช่าย ผักชี ต้นหอม ผักบุ้ง เห็ดหอมแห้ง หอมแดง และมะเขือเปราะ เป็นต้น ซึ่งเป็นผักที่มีโพแทสเซียมสูง ส่วนแตงกวา เห็ดนางฟ้า ผักกาดขาว ถั่วงอก บวบหอม เป็นต้น เป็นผักที่มีโพแทสเซียมปานกลาง ผักจำพวกบวบเหลี่ยม ถั่วพู หอมใหญ่ และเห็ดหูหนู เป็นผักที่มีโพแทสเซียมเล็กน้อย

นอกจากนี้แล้วทุเรียน ขนุน กล้วยหอม ลำไย มะละกอสุก ส้ม และผลไม้แห้ง ลูกเกด ลูกพรุนแห้ง เป็นต้น เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ส่วนน้อยหน้าฝรั่ง ชมพู่มะม่วง เงาะ สับปะรด องุ่น แอปเปิ้ล สาลี่ เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมปานกลาง อีกทั้งแตงโม ส้มเขียว และลูกท้อสด เป็นต้น ซึ่งเป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมน้อย (ชาลิต รัตนกุล, 2552; ทวี ศิริวงศ์, ชลธิป พงศ์สกุล, ศิริรัตน์ เรืองจ้อย และประณิธิ หงส์ประภาส, 2553; อุษณา ลูวีระ, 2540)

การควบคุมปริมาณอาหารที่มีเกลือแร่ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลดเลือดฝอยของไต (Weir, 2007) และทำให้ไม่เกิดการเกาะตัวของแคลเซียมฟอสเฟตในเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไต (ศศิธร ชิดนายิ, 2550; อุษณา ลุวีระ, 2540) ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไตดีขึ้น และช่วยลดการบาดเจ็บและการอักเสบของไตได้ จึงช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ (Wang et al., 2007) จากการศึกษาของ Ritz and Melhs (2009) พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาหารประเภทโซเดียมร้อยละ 54 มีระดับความดันโลหิตลดลง ส่วน Manley (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 65 สามารถชะลอการเข้าสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าลงได้ 8-9 ปี ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ จากการศึกษาของ Vegter et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารที่โซเดียมตามปริมาณที่กำหนด ร้อยละ 6.1 จะทำให้โรครมีความก้าวหน้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับประทานโซเดียมเกินปริมาณที่กำหนด ที่พบว่าร้อยละ 18.2 มีความก้าวหน้าของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

3. การรับประทานอาหารประเภทไขมัน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรรับประทานอาหารประเภทไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด หรือโคเลสเตอรอลในปริมาณน้อยกว่า 300 มก./ วัน หรือรับประทานน้ำมันได้ไม่เกิน 1 ช้อนโต๊ะกับ 1 ช้อนชา/ มื้อ หรือ 12 ช้อนชา/ วัน ซึ่งโคเลสเตอรอลเป็นไขมันชนิดหนึ่งที่มีผลต่อไตโดยตรงแหล่งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ไข่แดง เนย กะทิปลาหมึก หอยนางรม น้ำมันปาล์ม เค้ก คุกกี้ เป็นต้น แหล่งอาหารที่มีไขมันน้อย ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ขาว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว การควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น จึงป้องกันการบาดเจ็บของไต และการอักเสบหน่วยไตได้ จึงสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไต (ชวลิต รัตนกุล, 2552; วรารณ ชัยลิมปมนตรี และคณะ, 2555; Fried, 2008; Fried, Orchard, & Kasiske, 2001)

4. การดื่มน้ำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรดื่มน้ำประมาณ 1.5-2 ลิตร/ วัน หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีอาการบวมหรือปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ควรให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณน้ำดื่ม โดยคำนวณได้จาก ปริมาณปัสสาวะที่ออกมาของวันก่อน นำมาบวกเพิ่มอีก 500 มิลลิลิตร จะได้เป็นปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรดื่มในแต่ละวัน วิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยทราบปริมาณน้ำดื่มที่ชัดเจน ได้แก่ การตวงปริมาณน้ำดื่ม และปริมาณปัสสาวะเป็นประจำทุกวัน (ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2553) นอกจากนี้แล้วการคิดปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันนั้น ผู้ป่วยควรนำปริมาณน้ำแกง น้ำก๋วยเตี๋ยว น้ำหวานมาคิดรวมกับปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันด้วย (อุษณา ลุวีระ, 2540) ส่วนชนิดของน้ำที่ผู้ป่วยควรเลือกดื่ม

ได้แก่ น้ำฝน และน้ำประปาที่กรองแล้ว ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีเกลือแร่เป็นส่วนผสม ได้แก่ น้ำแร่ น้ำอัดลม ชา กาแฟ รวมทั้งน้ำผลไม้ การควบคุมปริมาณน้ำดื่มจึงสามารถช่วยลดการทำหน้าที่ของไตในการขับน้ำออกจากร่างกาย และลดการเกิดภาวะน้ำเกินได้ (พนิดา กุลประสูติติก, 2552; พัสมณท์ คุ่มทวี, 2543) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 2 ลิตร/ วัน จะทำให้มีน้ำหนักตัว และอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง (Wizemann et al., 2009 cited in Molto, Roig, & Paster, 2012) และยังทำให้ไตสูญเสียการทำหน้าที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ดื่มน้ำเกินปริมาณที่กำหนด (Wenzel, Hebert, Stahl, & Krenz, 2006) การควบคุมปริมาณน้ำดื่มตามที่กำหนด จึงสามารถช่วยชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต และทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต ช้าลง (Fincham & Moosa, 2008)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของ Cianciaruso et al. (2008) ที่ได้ศึกษาผลของการเผาผลาญการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 จำนวน 392 ราย พบว่า ร้อยละ 47 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ไม่ปฏิบัติตามในการควบคุมอาหารประเภทโปรตีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gennari et al. (2006) ที่ศึกษาผลกระทบของการบริโภค โปรตีนในอาหารต่อความเข้มข้นในซีรัม CO₂ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 723 ราย พบว่า ร้อยละ 35.54 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์สูงถึง 1.36 กรัม/ กก./ วัน จากสองการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเกินปริมาณที่กำหนดคือ 0.8 กรัม/ กก./ วัน นอกจากนี้ Menon et al. (2009) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการจำกัดอาหารประเภทโปรตีนปริมาณต่ำมาก ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 255 ราย พบว่า ร้อยละ 49.41 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รับประทานอาหารประเภทโปรตีนต่ำในปริมาณ 0.37 กรัม/ กก./ วัน ซึ่งต่ำกว่าปริมาณที่กำหนดคือ 0.6 กรัม/ กก./ วัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยของ เกศกนก เข้มคง (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 88 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 47.73 เลือกรับประทานนมสด/ นมพร่องมันเนย/ นมถั่วเหลืองเป็นประจำ ซึ่งเป็น โปรตีนที่มีคุณภาพต่ำ

ส่วนการศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคโซเดียมในแต่ละวันของ Kutuldegun et al. (2011) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 จำนวน 373 ราย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รับประทานอาหารประเภทโซเดียมมากกว่า 2 กรัม/ วัน ซึ่งเกินปริมาณที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Vegter et al. (2012) ที่ทำการศึกษานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 500 ราย พบว่า ร้อยละ 56.6 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากกว่า 4 กรัม/ วันเป็นประจำ โดยการเติมเกลือขณะปรุงอาหาร และรับประทานขนมขบเคี้ยวที่มีเกลือ สำหรับการศึกษากเกี่ยวกับการบริโภค

ฟอสฟอรัสของ Murtaugh et al. (2011) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 1,105 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 65 มีการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงถึง 1,506 มก./วัน ซึ่งเกินปริมาณที่กำหนดคือ 800 มก./วัน ส่วนการศึกษาของ Campbell (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 96 รับประทานอาหารที่มีไขมันเกินร้อยละ 40 ของพลังงานทั้งหมด ซึ่งเกินปริมาณที่กำหนดคือน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด นอกจากนี้ เกสกนก เข็มคง (2550) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 88 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 47.73 เลือกรับประทานนมสด/ นมพร่องมันเนย/ นมถั่วเหลืองเป็นประจำ ซึ่งเป็นโปรตีนคุณภาพต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 25 และร้อยละ 31.82 รับประทานแครอท มะเขือเปราะ หอมแดง แดงกวา ผักกาดขาว และลำไย สับปะรด เงาะ ฝรั่ง ส้ม เป็นประจำ ซึ่งเป็นผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ส่วนร้อยละ 28.41 รับประทานไมโล หรือโอวัลตินเป็นประจำ ซึ่งเป็นอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง และอีกร้อยละ 23.86 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกบริโภคชนิดของน้ำไม่เหมาะสม โดยดื่มน้ำแร่ น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ ซึ่งเครื่องดื่มเหล่านี้มีส่วนผสมของเกลือแร่จำนวนมาก

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ถือเป็นการปฏิบัติตนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ ควรรับประทานอาหารประเภทโปรตีนปริมาณ 0.6-0.8 กรัม/กก./วัน หรือเนื้อสัตว์ไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะ/มือ หรือประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ/วัน ส่วนอาหารที่มีเกลือแร่ ได้แก่ โซเดียม ควรรับประทานในปริมาณน้อยกว่า 2 กรัม/วัน หรือ น้ำปลาไม่เกิน 3 ช้อนชา/วัน หรือเกลือไม่เกิน 4/5 ช้อนชา/วัน ฟอสฟอรัส ควรรับประทานในปริมาณที่น้อยกว่า 800 มก./วัน โพแทสเซียม ควรรับประทานในปริมาณไม่เกิน 2,700 มก./วัน หรือผลไม้ไม่เกิน 10 ชิ้น/มือ หรือผักไม่เกิน 3 ท็อป/วัน และควรรับประทานอาหารประเภทไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด หรือโคเลสเตอรอลในปริมาณน้อยกว่า 300 มก./วัน หรือรับประทานน้ำมันได้ไม่เกิน 1 ช้อนโต๊ะกับ 1 ช้อนชา/มือ หรือ 12 ช้อนชา/วัน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรดื่มน้ำประมาณ 1.5-2 ลิตร/วัน หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีอาการบวมหรือปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ ควรให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณน้ำดื่ม โดยวิธีตวงปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน เพื่อนำมาคำนวณปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรดื่มในแต่ละวัน ซึ่งได้จากปริมาณปัสสาวะที่ออกมาของวันก่อนนำมาบวกเพิ่มอีก 500 มิลลิลิตร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการคัดสรรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ได้ตระหนักถึงมโนทัศน์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านบุคคล (Person domain) องค์ประกอบด้านสุขภาพ (Health and illness domain) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามนี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยบุคคลสามารถนำองค์ประกอบเหล่านี้มาตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของบุคคล องค์ประกอบทั้ง 3 ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านบุคคล (Person domain) เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล จิตใจ สังคม สรีรวิทยา และระดับพัฒนาการหรืออูติภาวะของแต่ละบุคคล

2. องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นองค์ประกอบที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง สภาวะสุขภาพ โรคและการได้รับการบาดเจ็บ ดังตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวด จะแสวงหาวิธีการรักษาตัวเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากกว่า ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีตามมา

3. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน ส่วนสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ดังตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าที่อกเสบ จากการได้รับยาเคมีบำบัด จะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง

ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและรับรู้ได้จากความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (Perception of symptom) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) และการตอบสนองอาการ (Response) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม

การจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้จัดการ โดยมีภารกิจเป้าหมายในการปฏิบัติดังนี้ จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน จัดการทำไม จัดการ

มากนัก้อยเพียงใด จัดการโดยใคร และจัดการอย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถแปลงเปลี่ยนได้ตลอดเวลานั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล

ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือตัวชี้วัดคุณภาพในการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (Morbidities and Co-morbidities) อัตราการตาย (Mortality) ค่าใช้จ่าย (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และการดูแลตนเอง (Self care)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการคือการรับรู้อาการ ปัจจัยส่วนบุคคลคือ ความรู้ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลตนเองคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

การรับรู้อาการ

การรับรู้อาการ หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยที่บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ๆ แล้วจะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ ตามการรับรู้และลักษณะอาการของแต่ละบุคคล (Dodd et al., 2001) การรับรู้อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เป็นการรับรู้ ความคิดเห็น รวมทั้งความรู้สึกของแต่ละบุคคล โดยที่บุคคลที่มีการรับรู้อาการมาก อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (สุมาพร บรรณสาร, 2545) ซึ่งอาการยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคคลที่กำลังเผชิญอยู่ หากจัดการกับอาการได้ไม่ประสบผลสำเร็จ ก็ย่อมจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของบุคคล (สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2551)

อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีอาการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของโรค ในระยะที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการที่ชัดเจน นอกจากสามารถตรวจพบโปรตีนและเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ เนื่องจากไตส่วนที่เหลือยังสามารถปรับตัวทำหน้าที่แทนไตส่วนที่สูญเสียไปแล้วได้ และการทำหน้าที่ของไตจะค่อย ๆ ลดลง จนเมื่อโรคเริ่มดำเนินเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ไตจะเริ่มขับของเสียออกจากร่างกายลดลง ทำให้เสียสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรลัยต์ และกรดต่าง (ชวลิต รัตนกุล, 2552; ศศิธร ชิดนาฮี, 2550) ทำให้พบความผิดปกติต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Crockell, 2012; Martinez-Castelao et al., 2011) และเกิดอาการต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. อาการทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ได้แก่ อาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม และเจ็บหน้าอก (แสงวี มณีศรี, 2553; Martinez-Castelao et al., 2011)

2. อาการทางระบบเลือด ได้แก่ มีอาการเหนื่อยล้าหรืออ่อนแรงจากภาวะซีด การพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบอาการเกิดจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากกลไกการแข็งตัวของเกล็ดเลือดลดลง (ศศิธร ชิดนายิ, 2550)

3. อาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการเป็นตะคริว ชาปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ (แสงรวี มณีศรี, 2553)

4. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร (แสงรวี มณีศรี, 2553) และอาการคลื่นไส้อาเจียน (Fadupin & Egwu, 2011)

5. อาการทางระบบกระดูก ได้แก่ อาการปวดกระดูก (แสงรวี มณีศรี, 2553)

6. อาการทางระบบผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังแห้ง คัน และมีสีของผิวหนังเปลี่ยนแปลง (แสงรวี มณีศรี, 2553; ศศิธร ชิดนายิ, 2550)

จากการศึกษาของ แสงรวี มณีศรี (2553) พบว่า อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 64.2) อ่อนล้าหรืออ่อนแรง (ร้อยละ 60.6) ชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 52.3) มีปัญหาในการนอนหลับ (ร้อยละ 42.2) และอาการบวมตึงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 42.2)

ส่วนการศึกษาของ Fadupin and Egwu (2011) พบว่า อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ร่างกายอ่อนแรง (ร้อยละ 68.75) เวียนศีรษะ (ร้อยละ 68.75) อาการบวม (ร้อยละ 68.75) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 43.75) คลื่นไส้/ อาเจียน (ร้อยละ 25) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอาการทางกายอื่น ๆ ได้แก่ เหนื่อยล้า บวมส่วนปลาย มีปัญหานอนไม่หลับ ปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย และการเปลี่ยนแปลงของสีปัสสาวะ ส่วนอาการทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัวปฏิเสธ โศกเศร้า โกรธ ซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคม (Rastogi et al., 2008; Rocco, 2009 cited in Qi et al., 2011)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำนั้น เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 217 ราย พบว่า การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ($r = -.276, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 110 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและน้ำ ($r = -.475, p < .01$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้อาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี

จำนวนน้อย และไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำโดยเฉพาะ แต่ศึกษาร่วมกับ พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ

ความรู้ หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาทั้งด้านความสามารถ ทักษะ สติปัญญา และการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ และการคิดวิเคราะห์ (Bloom et al., 1977 อ้างถึงใน จันทนา แสงเพชร, 2549) ตามแนวคิดของคอตต์ ความรู้ เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน พัฒนาการหรือวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งเป็นภูมิความรู้ของบุคคล อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่เหมาะสม (Dodd et al., 2001)

Degen (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารประเภทฟอสฟอรัสในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 จำนวน 34 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารประเภทฟอสฟอรัส มีพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารประเภทฟอสฟอรัสอย่างเหมาะสม ส่วนการศึกษาของ Wright and Cavanaugh (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านความรู้เรื่องการควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมใน ปริมาณที่ไม่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ นั้นยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดย พงษ์ลดา นวชัย (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 43 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภคได้แก่ เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก ผลไม้ และน้ำดื่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .525, p < .05$) ส่วน Thomas et al. (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารตามแผนการรักษาการปฏิบัติในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 276 ราย พบว่า ความรู้เรื่องชนิดอาหารประเภทโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .19, p < .05$) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำมีความสำคัญต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ แต่พบว่า การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอย่างจำกัด และยังไม่พบการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้น ได้รับความรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินค่า (House, 1981 อ้างถึงใน พนิตา โยวะมุข, 2551) ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (House, 1981 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) ตามแนวคิดของคอดด์ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Dodd et al., 2001)

House (1981) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (พนิตา โยวะมุข, 2551) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกชอบ ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรับฟัง และการดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับความรู้ ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ
3. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็นในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และการบริการ
4. การสนับสนุนทางการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการได้รับความรู้ย้อนกลับโดยการได้รับการยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับผู้อื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ โดยที่ ศศิธร ชำนาญผล (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือจัดหาอาหารมาให้รับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ วนิตา คู่เคียงบุญ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลเรื่องการจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีจำกัด แต่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การศึกษาของ ศิริชญญา กลีบเจริญ (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร แรงสนับสนุนของครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่

ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ($r = .317$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ที่การศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 110 ราย พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .49$, $p < .01$) และพฤติกรรมการบริโภคน้ำ ($r = .45$, $p < .01$) อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคน้ำของโรคไตเรื้อรัง

นอกจากนี้แล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ แบบแผนของความเชื่อ (เกศกนก เข้มคง, 2550) และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ (ศิริธัญญา กลั้วเจริญ, 2545) ทั้งสองปัจจัยนี้ จะเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาคือ

เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ

เจตคติ หมายถึง การประเมินเรื่องราวที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากด้านสติปัญญา ได้แก่ ความคิด ความจำ ความเชื่อ ส่วนด้านความรู้สึก ได้แก่ อารมณ์หรือความรู้สึก และด้านพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเจตคติจะเกี่ยวข้องกับความจำระหว่างเรื่องราวที่เกิดขึ้น และการประเมินเรื่องราวนั้น ๆ โดยเจตคติมีผลต่อตัดสินใจในการประเมินเรื่องราวนั้น ๆ และแสดงออกทางด้านความรู้สึกในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Maio & Haddock, 2010) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีเจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน มีพฤติกรรมการบริโภคโปรตีนอย่างเหมาะสม (Milas et al., 1995) ถ้ามีเจตคติในทางลบต่อพฤติกรรมใด อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะเลือกบริโภคหรือไม่บริโภคอาหาร ตามความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบของตนเอง (Eagly & Chaiken, 1993 cited in Culwell, 2010)

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 88 ราย ของ เกศกนก เข้มคง (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เห็นด้วยหรือเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่มีรสจืด โดยไม่ใส่น้ำปลาหรือเกลือ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และเห็นด้วยหรือเชื่อว่าการรับประทานไข่ นมสด และเนื้อสัตว์ให้น้อยลงตามแผนการรักษา จะช่วยลดความเสี่ยงของไตได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ Milas et al. (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 จำนวน 840 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีเจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน มีการบริโภคโปรตีนอย่างเหมาะสม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีจำกัด แต่ก็พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผลการศึกษาก็แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ โดยการศึกษาของ ศิริธัญญา กลั้วเจริญ (2545) ได้ศึกษาเจตคติต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 100 รายพบว่า เจตคติในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ($r = .201, p < .05$) ส่วนการศึกษาของ Fincham and Moosa (2008) พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ซึ่งประเมินจากการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .31, p < .01$) จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่ถูกต้อง แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 ถึง 4 หรือไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้มีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องการควบคุมอาหารและน้ำ เพื่อการชะลอความเสื่อมของไต และยืดระยะเวลาของโรคในการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้อาการ เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระยะ หรือเฉพาะในระยะสุดท้าย และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 และ 4 ดังนั้นจึงไม่อาจได้ข้อสรุปว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มนี้ จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในด้านความรู้ที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3

และ 4 เพื่อนำผลจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไต ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีภาวะสุขภาพที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้มารับบริการ 1,601 ราย (สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลชลบุรี, 2556) และคลินิกโรคไต คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้มารับบริการ 1,269 ราย (สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2556)

กลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
3. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.5 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และอิทธิพลของขนาดตัวอย่างเท่ากับ .15 ซึ่งเป็นขนาดของอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen, 1988 cited in Faul et al., 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 85 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการนัดให้มาตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และคลินิกโรคไต คลินิกอายุรกรรม

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในแต่ละวัน โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย
2. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยสุ่มจากประชากรที่ได้แบ่งหน่วยตัวอย่างเป็นชั้น ๆ และนำไปคำนวณตามสัดส่วนของประชากรทั้งหมดในแต่ละชั้น ผลที่ได้คือ ได้ตัวแทนที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดให้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 45 ราย และตัวแทนที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดให้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาจำนวน 40 ราย
3. ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จนครบตามกำหนด
4. เข้าพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายที่เข้ารับบริการตรวจตามนัดของวันนั้น ๆ เพื่อขออนุญาตในการขอข้อมูลจากผู้ป่วยและจากประวัติการรักษาในเวชระเบียน
5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แพทย์นัดให้มาตรวจ ที่ห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี 1-2 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการตรวจจากแพทย์
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ และ Serum creatinine ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวันที่มาตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันที่มาตรวจจากเวชระเบียน มาคำนวณค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งได้มาจากการเปิดตาราง Modification of diet in Renal Disease Isotope Dilution Mass Spectrometry (Canal et al., 2008) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเขียนรายชื่อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในกล่อง เพื่อจับฉลาก
7. ผู้วิจัยจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากกล่องแบบไม่แทนที่ทีละราย จากนั้นผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยตามรายชื่อที่จับฉลากได้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในบริเวณนั้น หรืออยู่ระหว่างการรอตรวจภายในระยะเวลา 30 นาที จะจับรายชื่อใหม่ โดยไม่นำรายชื่อเดิมใส่คืนลงไป ในกล่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างได้เพิ่มขึ้นในการสุ่มครั้งต่อ ๆ มา ซึ่งในแต่ละวันสามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ประมาณ 5-6 ราย/ วัน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ โดยมีห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการนัดให้มาตรวจเฉลี่ย 30 ราย/วัน โดยเปิดบริการทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาตรวจ ต้องรับการตรวจเลือดก่อนเวลา 07.00 น. โดยที่ผลการตรวจเลือดจะถูกส่งมายังห้องตรวจโดยตรง หลังจากตรวจเลือด ผู้ป่วยจะมารับบัตรคิวเพื่อรอตรวจตั้งแต่เวลา 07.00-09.00 น. หลังจากนั้นจะได้รับการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และซักประวัติ แพทย์จะเริ่มตรวจผู้ป่วยเวลา 09.30 น. เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว จะได้รับใบสั่งยาและบัตรนัดพร้อมใบสั่งเจาะเลือดในครั้งต่อไป จากนั้นผู้ป่วยจะนำใบสั่งยาไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยา

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ โดยมีคลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งทั้งสองคลินิกนี้ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะที่ได้รับการนัดให้มาตรวจเฉลี่ย 40 ราย/วัน คลินิกโรคไต เปิดบริการทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-16.00 น. โดยผู้ป่วยที่นัดจะลงทะเบียนและยื่นบัตร และตรวจเลือดได้ตั้งแต่เวลา 08.00 - 11.00 น. จากนั้นเวลา 13.00 น. ผู้ป่วยจะได้รับการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และซักประวัติ แพทย์จะเริ่มตรวจผู้ป่วยเวลา 13.30 น. ส่วนคลินิกอายุรกรรมที่แพทย์โรคไตออกตรวจ เปิดบริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. โดยผู้ป่วยที่นัดจะลงทะเบียนและยื่นบัตร และตรวจเลือดได้ตั้งแต่เวลา 07.30 น. จากนั้นเวลา 08.00 น. ผู้ป่วยจะได้รับการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และซักประวัติ แพทย์จะเริ่มตรวจผู้ป่วยเวลา 09.00 น. เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว จะได้รับใบสั่งยาและบัตรนัดพร้อมใบสั่งเจาะเลือดในครั้งต่อไป จากนั้นผู้ป่วยจะนำใบสั่งยาไปรอรับยาที่ห้องจ่ายยา

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 09.00 -12.00 น. ในวันอังคาร พฤหัสบดี และศุกร์ที่โรงพยาบาลชลบุรี และเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 13.00 – 16.00 น. ทุกวันจันทร์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา นอกจากนี้แล้วผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 09.00 – 12.00 น. ทุกวันพฤหัสบดีที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งหมด 6 ฉบับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับค่า Serum BUN, Serum creatinine น้ำหนักตัว ค่าอัตราการกรองของไต ระยะของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นข้อมูลของวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในวันที่เก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมอื่น ๆ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคน้ำและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยพฤติกรรมกรบริโภคทั้งในด้านความถี่และปริมาณของอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และการบริโภคน้ำ ประกอบด้วยปริมาณน้ำดื่ม ชนิดของน้ำดื่ม และวิธีบันทึกปริมาณน้ำดื่ม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ และคำถามด้านลบ จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัย นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 ราย โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนข้อความด้านบวก คะแนนข้อความด้านลบ

ปฏิบัติประจำ 6-7 วัน/ สัปดาห์	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/ สัปดาห์	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง 1-3 วัน/ สัปดาห์	2	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผลคะแนน พิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 45.01-60.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ

เหมาะสมระดับดี

คะแนนช่วง 30.01-45.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ เหมาะสมระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 15.00-30.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ เหมาะสมระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย ที่สร้างโดย แสงรวี มณีศรี (2553) ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 15 อาการ ได้แก่ เป็นตะคริวที่กล้ามเนื้อ อ่อนล้า/ อ่อนแรง ซาปลายมือปลายเท้า มีปัญหาในการนอนหลับ บวมตึงที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผิวแห้ง/ คันผิวหนัง ปวดกระดูก ปวดศีรษะ เมื่ออาหาร หน้ามืดเป็นลม/ วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่ม เกิดจุดจ้ำเลือดตามตัว คลื่นไส้/ มวนท้อง เจ็บหน้าอก สีผิวมีการเปลี่ยนแปลง เป็นการถามเกี่ยวกับการมีอาการหรือไม่ ให้เลือกตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน หรือ “ไม่ใช่” ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน แบบสอบถามนี้ แสงรวี มณีศรี (2553) นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 จำนวน 30 ราย โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การแปลผลคะแนนการรับรู้อาการ โดยการนำคะแนนมารวมกันมีค่าตั้งแต่ 0 – 15 คะแนน พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (แสงรวี มณีศรี, 2553) ดังนี้

คะแนนช่วง 0.00-5.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการใน ระดับต่ำ
คะแนนช่วง 5.01-10.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการใน ระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 10.01-15.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการใน ระดับสูง

4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องอาหารของ มะลิวรรณ สง่าลี (2550) ประกอบด้วยคำถามความรู้ในการควบคุมโปรตีน เกลือโซเดียม ฟอสเฟต โพแทสเซียม ไขมัน ข้าวและแป้ง และน้ำ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ แบบสัมภาษณ์นี้ มะลิวรรณ สง่าลี (2550) นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 20 ราย โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ปรับข้อความในข้อคำถามที่มีคำว่า “ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” เป็น “ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” นอกจากนี้ยังปรับข้อคำถามข้อที่ 1 จาก “ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วย

เครื่องไตเทียมที่ไม่มีปัสสาวะควรดื่มน้ำได้ไม่เกินวันละ 700 ซีซี” เป็น “ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรดื่มน้ำได้ไม่เกินวันละ 1,000 ซีซี” และคำถามข้อที่ 21 ปรับจาก “รับประทานผักสุกได้วันละ ½ - 1 ท็อปพี” เป็น “รับประทานผักได้วันละ 3 ท็อปพี” ในการคัดมาครั้งนี้ ได้ตัดคำถามข้อที่ 15, 19 และ 23 ออก เนื่องจากเป็นคำถามที่ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงเหลือคำถามทั้งหมด 22 ข้อ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้

ถูก	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องถูกต้อง
ผิด	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ไม่ถูกต้อง
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	หมายถึง ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าความรู้นั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนมารวมกัน คะแนนอยู่ในช่วง 0-22 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

คะแนนมากกว่า 16.50 (มากกว่าร้อยละ 75)	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำในระดับสูง
คะแนนช่วง 11.00-16.50 (ร้อยละ 50-75)	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 11.00 (น้อยกว่าร้อยละ 50)	หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำในระดับต่ำ

5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ยูพิน ตูลย์ไตรรัตน์ (2548) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และการประเมินคุณค่า ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ แบบสัมภาษณ์นี้ ยูพิน ตูลย์ไตรรัตน์ (2548) นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 30 ราย โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ปรับข้อความในข้อคำถามที่มีคำว่า “เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม” เป็น “เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ” ในการคิดมาครั้งนี้ ได้ตัดคำถามข้อที่ 12 ออก เนื่องจากเป็นคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด ดังนั้นจึงเหลือคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

- ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้
- มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
- มาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
- ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- เล็กน้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงเล็กน้อย
- น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุดหรือไม่ได้รับเลย

การคิดคะแนนและการแปลผลในการศึกษาครั้งนี้ ทำโดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 12 - 60 คะแนน การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยการพิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (ยุพิน ตูลย์ไทรรัตน์, 2548) ดังนี้

- คะแนนช่วง 44.02-60.00 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง
- คะแนนช่วง 28.01-44.01 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
- คะแนนช่วง 12.00-28.00 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

6. แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหารของ ศิริชัยญา กลับริชญ (2545) ซึ่งเป็นการวัดความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11 และ 16 และคำถามด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20 แบบสอบถามนี้ ศิริชัยญา กลับริชญ (2545) นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย โดยนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงปรับข้อความในคำถามที่มีคำว่า “ฟอกเลือด” ออก เปลี่ยนเป็น “ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” ในการคัดมาครั้งนี้ ได้ตัดคำถามข้อที่ 10, 14 และ 18 ออก เนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ดังนั้นคำถามในการวิจัยมีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วยเลย	1	5

การคิดคะแนนและการแปลผลในการศึกษาครั้งนี้ ทำโดยการนำคะแนนมารวมกันทั้งหมด 17 ข้อ คะแนนมีตั้งแต่ 17-85 คะแนน การแปลผลคะแนนเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ พิจารณาแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (ประคอง วรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 62.36-85.00	หมายถึง ผู้ป่วยมีเจตคติด้านบวกต่อการบริโภคอาหารและน้ำ
คะแนนช่วง 39.68-62.35	หมายถึง ผู้ป่วยมีเจตคติปานกลางต่อการบริโภคอาหารและน้ำ
คะแนนช่วง 17.00-39.67	หมายถึง ผู้ป่วยมีเจตคติด้านลบต่อการบริโภคอาหารและน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย (Content validity)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคไตจำนวน 1 ท่าน นักโภชนาการจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิธีการหาค่า Content Validity Index (CVI) ซึ่งค่าเท่ากับ .93

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำเท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเท่ากับ .84 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .91 และแบบสัมภาษณ์เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำเท่ากับ .82 ส่วนแบบวัดความรู้หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำเท่ากับ .83 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .91 และแบบสัมภาษณ์เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำเท่ากับ .83 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้ทราบรวมทั้งอธิบายให้ทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งการปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง เมื่อตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ขออธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้มาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายลงหลังจากการเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลชลบุรี และมีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัยต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม และพยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต โรงพยาบาลชลบุรี และคลินิกโรคไต คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 2 โรงพยาบาล ซึ่งวันและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลตรงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรม และมีความสนใจในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากได้ผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บริเวณหน้าห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์

เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี สำหรับผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บริเวณคลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะพาผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้สำหรับเก็บข้อมูล และให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ระหว่างที่เชิญกลุ่มตัวอย่างไปสัมภาษณ์ในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ เกี่ยวกับลำดับการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไม่เสียสิทธิในการเข้าพบแพทย์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยเริ่มจากสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การรับรู้อาการความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ

5. เมื่อทำแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ พร้อมแจกแผ่นพับเรื่อง แบบแผนอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

จากนั้นจะกล่าวขอบคุณ และแจ้งว่าได้สิ้นสุดในการเข้าร่วมวิจัย และพาผู้ป่วยกลับสู่บริเวณที่รอการตรวจรักษาต้งเดิม

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายต่อไป และดำเนินการตามข้อ 3-4 จนถึงเวลาสิ้นสุดการตรวจรักษา จึงหยุดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ที่โรงพยาบาลชลบุรี และผู้ช่วยวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ และพฤหัสบดีที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จนได้ตัวอย่างครบตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยนำมาคำนวณหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัยนำเสนอได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปจะอธิบายถึงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ น้ำหนักตัว อัตราการกรองของไต ระยะของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคร่วม และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ($n = 85$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	39	45.9
หญิง	46	54.1
อายุ ($\bar{x} = 60.48$ ปี, $SD = 16.39$)		
20-30 ปี	7	8.2
31-40 ปี	5	5.9
41-50 ปี	10	11.8
51-60 ปี	13	15.3
มากกว่า 60 ปี	50	58.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	12	14.1
คู่	66	77.7
หย่า/หม้าย	7	8.2
ศาสนา		
พุทธ	84	98.8
อิสลาม	1	1.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	10.6
ชั้นประถมศึกษา	41	48.2
ชั้นมัธยมศึกษา	15	17.7
อนุปริญญา	11	12.9
ปริญญาตรี	9	10.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42	49.4
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10	11.8
ค้าขาย	6	7.1
รับจ้าง	15	17.6
เกษตรกร	8	9.4
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (\bar{x} = 11,626.25 บาท, SD = 27,938.52)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	43	50.6
5,000-10,000 บาท	18	21.2
10,001-15,000 บาท	8	9.4
มากกว่า 15,000 บาท	16	18.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ข้อมูลด้านสุขภาพ		
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
Serum BUN (\bar{x} = 39.48 mg/ dl, SD = 14.68)		
20-30 mg/ dl	27	31.8
31-40 mg /dl	27	31.8
41-50 mg /dl	15	17.6
มากกว่า 50 mg/ dl	16	18.8
Serum Cr (\bar{x} = 2.56 mg/ dl, SD = 1.96)		
1.40-2.00 mg/ dl	28	32.9
2.01-3.00 mg/ dl	30	35.3
มากกว่า 3.00 mg/ dl	27	31.8
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	36	42.4
เพียงพอ	42	49.4
เพียงพอเหลือเก็บ	7	8.2
น้ำหนักตัว (\bar{x} = 68.02 Kg, SD = 12.65)		
ต่ำกว่า 50 กิโลกรัม	8	9.4
50-60 กิโลกรัม	18	21.2
61-70 กิโลกรัม	24	28.2
มากกว่า 70 กิโลกรัม	35	41.2
ระยะของโรคไตเรื้อรัง และอัตราการกรองของไต		
(\bar{x} = 25.84 ml/ min/ 1.73 m ² , SD = 9.40)		
ระยะที่ 3 (15-29 ml/ min/ 1.73 m ²)	60	70.6
ระยะที่ 4 (30-59 ml/ min/ 1.73 m ²)	25	29.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไต (\bar{x} = 2.65 ปี, SD = 1.96)		
ต่ำกว่า 5 ปี	80	94.1
5-10 ปี	4	4.7
มากกว่า 10 ปี	1	1.2
โรคร่วม		
ไม่มี	1	1.2
มี (มีได้มากกว่า 1 โรค)	84	98.8
เบาหวาน	52	61.2
ความดันโลหิตสูง	77	90.6
หัวใจ	18	21.2
ไขมันในเส้นเลือด	39	45.9
เก๊าท์	7	8.2
ธาตุซีเมียม	1	1.2
ภูมิแพ้	1	1.2
มะเร็ง	1	1.2
เอสแอลอี	3	3.5
ซึด	2	2.4
วัณโรค	1	1.2
ไทรอยด์	1	1.2
การได้รับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและน้ำ		
ไม่เคย	10	11.8
เคย	75	88.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)		
เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	68	80.0
สมาชิกในครอบครัว	13	15.3
เพื่อน	15	17.6
หนังสือ/ หนังสือพิมพ์/ เอกสารเผยแพร่ความรู้	36	42.4
โทรทัศน์	17	20.0
อินเทอร์เน็ต	12	14.1
วิทยุ	5	5.9

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.8 ($\bar{x} = 60.48$, $SD = 16.39$) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษาและจบการศึกษาเพียงระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.6 โดยมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.6 ($\bar{x} = 11,626.25$, $SD = 27,938.52$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอและเพียงพอจนเหลือเก็บ ร้อยละ 57.6

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ Serum BUN อยู่ในช่วง 20-40 mg/ dl ร้อยละ 63.8 ($\bar{x} = 39.48$, $SD = 14.68$) ระดับ Serum creatinine อยู่ในช่วง 1.40-3.00 mg/ dl ร้อยละ 68.2 ($\bar{x} = 2.56$, $SD = 1.96$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 61 กิโลกรัมขึ้นไป ร้อยละ 69.4 ($\bar{x} = 68.02$, $SD = 12.65$) มีอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 15 – 29 ml/ min/ 1.73 m² ร้อยละ 70.6 ($\bar{x} = 25.84$, $SD = 9.40$) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 70.6 ซึ่งระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 94.1 ($\bar{x} = 2.65$, $SD = 1.96$) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 98.8 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.6 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 61.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำ ร้อยละ 88.2 ซึ่งได้รับความรู้มาจากแหล่งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 80.0

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แยกเป็นประเภทได้แก่ โปรตีน เกลือแร่ และไขมัน และพฤติกรรมการบริโภคน้ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ	possible range	\bar{x}	SD	ระดับคะแนน
การบริโภคอาหารและน้ำโดยรวม รายด้าน	1-60	38.45	8.23	ปานกลาง
การบริโภคโปรตีน	1-4	2.71	0.85	สูง
การบริโภคเกลือแร่	7-28	17.09	4.91	ปานกลาง
การบริโภคไขมัน	2-8	6.31	1.34	สูง
การบริโภคน้ำดื่ม	5-20	12.32	2.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 38.45$, $SD = 8.23$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.71$, $SD = 0.85$) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเกลือแร่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.09$, $SD = 4.91$) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 6.31$, $SD = 1.34$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.32$, $SD = 2.89$)

ส่วนที่ 3 การรับรู้อาการ เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ และการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การ
 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อ
 การบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$)

ปัจจัย	possible range	\bar{x}	SD	ระดับ คะแนน
การรับรู้การ	0-15	7.08	3.70	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ	0-22	12.56	4.57	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	12-60	42.61	8.11	ปานกลาง
เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ	17-85	59.20	10.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้การที่พบบ่อยจากโรคไตเรื้อรังใน
 ระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 7.08$, $SD = 3.70$) มีความรู้เกี่ยวกับการ
 บริโภคอาหารและน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.56$, $SD = 4.57$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 42.61$, $SD = 8.11$) และมีเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำอยู่ในระดับ
 ปานกลาง ($\bar{x} = 59.20$, $SD = 10.73$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไต
 เรื้อรัง โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ตัวแปรอิสระ
 ได้แก่ การรับรู้การ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติ
 ที่มีต่อการบริโภคอาหารและน้ำ และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ
 ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้อาการ	1.000				
2. เจตคติฯ	.120	1.000			
3. ความรู้ฯ	-.015	.233*	1.000		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.120	.174	.210	1.000	
5. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ	.120	.221*	.522**	.235*	1.000

* $p < .05$, ** $< .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .522$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .235$, $p < .05$) และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ($r = .221$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้อาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนการทดสอบ Multicollinearity พบว่าไม่มีตัวแปรอิสระตัวใดมีความสัมพันธ์กันสูงเกิน .65 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระมีความเป็นอิสระต่อกัน

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 85$)

ตัวแปรทำนาย	r	R ²	Adjust R ²	b	SE	Beta	t
Constant				26.651	2.252		11.834*
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ (K)	.522	.272	.263	.936	.169	.522	5.570*

* $p < .001$

F (1, 83) = 31.02, $p < .001$

จากตารางที่ 5 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($\beta = .522, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 27.2

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นสามารถสร้างสมการถดถอย เพื่อทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

$$\text{พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ (Beh)} = 26.65 + 0.936 (K)$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Z)

$$Z_{\text{พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ (Beh)}} = 0.522 Z_K$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและศึกษาอิทธิพลของการรับรู้อาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 85 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยหาความสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 38.45$, $SD = 8.23$) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมันอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเกลือแร่และน้ำดื่มอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($\beta = .522$, $p < .001$) สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 27.2

อภิปรายผล

จากการศึกษาสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากผลการศึกษารึ้นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำโดยรวมอยู่ในระดับคะแนนปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องควบคุมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำดื่มทั้งด้านปริมาณและความถี่ที่รับประทานในแต่ละวันอย่างเคร่งครัด แต่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยทั้งความรู้และความละเอียดในการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาและจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 อาจมีผลต่อการนำข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำไปปฏิบัติจริง จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริโภคอาหารและน้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องทำงานนอกบ้านร้อยละ 50.6 ซึ่งต้องคำนวณปริมาณอาหารและน้ำดื่มอย่างละเอียด จึงเป็นไปได้ก่อนข้างยากที่ผู้ป่วยจะบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสมตามมา ประกอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยในวัยนี้ประสิทธิภาพของการรับรสชาติลดลง จึงทำให้มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และจัดหาอาหารมาให้รับประทาน เพื่อให้เหมาะสมกับโรค ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอยู่ในระดับปานกลาง (เกศกนก เข้มคง, 2551; แสงรวี มณีศรี, 2553)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้ดีที่สุด ($\beta = .522, p < .001$) ซึ่งอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 27.2

ผลการศึกษาในครั้งึ้นนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = .522, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ดีที่สุด ($\beta = .522, p < .001$) อธิบายได้ว่า ความรู้ เป็นคุณลักษณะของบุคคล การมีความรู้ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Dodd et al., 2001) การมีความรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Bloom et al., 1977 อ้างถึงใน จันทนา แสงเพชร,

2549) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำร้อยละ 88.2 และแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพร้อยละ 80.0 ทำให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำให้เหมาะสมกับระยะโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพียงพอ และนำความรู้ที่ได้นั้นมาปฏิบัติทุกวัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Degen (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารประเภทฟอสฟอรัส มีพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคอาหารประเภทฟอสฟอรัสอย่างเหมาะสม

การรับรู้อาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้ว่าคุณเองมีอาการปานกลาง ผู้ป่วยจึงเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของตนเองเหมาะสมแล้ว มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำไม่เคร่งครัด ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรงร้อยละ 65.9 (ตารางภาคผนวก ง) จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รู้สึกไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรวี มณีศรี (2553) ที่พบว่า การรับรู้อาการไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้ว่าคุณเองมีอาการเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและสามารถควบคุมโรคได้ดีแล้ว จึงไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำให้เหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = .235, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความต้องการการดูแลตนเองที่ซับซ้อนกว่าบุคคลทั่วไป อาจก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ประกอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหาร นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำจากบุคคลในครอบครัวเพียงร้อยละ 15.3 ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด หากผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา พวงจิต (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = .221, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 2.65 ปี ($SD = 1.96$) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่ยาวนานมากนัก อาจทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับการบริโภคอาหารและน้ำต้องใช้ความละเอียด และต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงอาจทำให้เสียเวลาและเกิดความยุ่งยากในการที่จะเลือกบริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสม ซึ่งบุคคลจะเลือกบริโภคหรือไม่บริโภคอาหารตามความชอบของตน (Eagly & Chaiken, 1993 cited in Culwell, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fincham and Moosa (2008) พบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสม

1.2 พยาบาล ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเน้นปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ

1.3 พยาบาล ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ฝึกปฏิบัติในการเลือกชนิดและการคำนวณปริมาณอาหารและน้ำดื่มในแต่ละวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2. ด้านบริหาร

ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดแนวปฏิบัติในการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้พยาบาลนำไปดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างเหมาะสมรวมทั้งกำหนดแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำที่เพิ่มขึ้น

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ

3.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น เนื่องจากการศึกษานี้มีเพียงความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้เพียงร้อยละ 27.2 ดังนั้นน่าจะมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

บรรณานุกรม

- เกศกนก เข้มคง. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา แสงเพชร. (2549). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาการชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of Chronic Kidney Disease. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1223-1264). กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication.
- ชวลิต รัตนกุล. (2552). อาหารบำบัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. เข้าถึงได้จาก <http://www.nephrothai.org/news/news.asp>
- ทวี ศิริวงศ์, ชลธิป พงศ์สกุล, ศิริรัตน์ เรืองขุย และประณิธิ หงสประภาส. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติของโรคไตเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 9(3), 144-162.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2555). Chronic kidney disease. ใน ปัญญา สติระพจน์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจนกุล, อานาจ ชัยประเสริฐ, อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์ และพรรณนุปลา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ), *Essential Nephrology* (หน้า 447-473). กรุงเทพฯ: นำอักษร.
- ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2553). Overview of Chronic Kidney Disease. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสันฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ติรณชนากุล, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และเกรียง ตั้งสง่า (บรรณาธิการ), *Textbook of Hemodialysis* (หน้า 1-42). นครปฐม: เอ ไอ ฟรินติ้ง.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

- พงษ์ลดาน นวชัย. (2544). *ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา กุลประสูติติก. (2552). *ไตวาย การควบคุม ดูแลรักษา และการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: นพนันท์ พรินตัง.
- พนิดา โยวะผิว. (2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มะลิวรรณ สง่าลี. (2550). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเองการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และตัวแปรทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน ตูลย์ไตรรัตน์. (2548). *การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตวายที่ฟอกเลือด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาโภชนวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา คู่เคียงบุญ. (2551). *การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัลลา ดันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3* (หน้า 143-165). กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินตัง.
- วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, จุฑามาส อ่อนน้อม และเอกหทัย แซ่เตีย. (2555). *โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. ใน สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บรรณาธิการ), *การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น* (หน้า 49-48). กรุงเทพฯ: ยูเนียนอัลตราไวโอเร็ด.

- ศิริชัยญา กลับเจริญ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหาร แรงสนับสนุนของครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาโภชนาวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร ชิดนาคี. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ศศิธร ชำนาญผล. (2542). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี. (2556). สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2556). สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2553). ตารางสรุปสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 วิธี. เข้าถึงได้จาก <http://www.nephrothai.org/news/news.asp>
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ค้วงแพง. (2551). อาการและกลุ่มอาการ: ความแตกต่าง การวินิจฉัย และการนำไปใช้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(1), 63-74.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). ข้อมูลการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถิติสาธารณสุขปี 2550. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). ข้อมูลการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th>

- แสงรวี มณีศรี. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*.
 วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุตตร จิตตินันท์, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี และปรีชา เฉลยภาพ. (2549). ความชุกของโรคไต
 เรื้อรังในประชากรผู้ใหญ่ชาวไทย. *Journal Med Association Thai*, 82(2), 112-20.
- อัญชญา พวงจิต. (2553). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้
 ประโยชน์การควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน จังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน*. วิทยาลัยพยาบาล
 มหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. (2551). ฟอสฟอรัส. *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย*, 22(43), 27-31.
- อุษณา ลูวีระ. (2540). อาหารและโรคไต. ใน ประเสริฐ ธนกิจ, อุษณา ลูวีระ, วลัย อินทร์มพรรย์ และ
 ยุพา จุลโมกษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราโภชนบำบัดและโรคไต* (หน้า 3-9). กรุงเทพฯ:
 ชวนพิมพ์.
- Al-Ageel, N. A., Al-Aqeel, S. A., Abanmy, N. O., Alwakeel, J. S., Sabry, A., & Alsaran, K. A.
 (2012). Appropriateness of anemia management in hemodialysis patients. *Saudi
 Pharmaceutical Journal*, 20, 85-91.
- Banerjee, D., Ma, J. Z., Collins, A. J., & Herzog, C. A. (2007). Long-term survival of incident
 hemodialysis patients who are hospitalized for congestive heart failure,
 pulmonary edema, or fluid overload. *Clinical Journal American Society of Nephrology*,
 2, 1186-1190.
- Cakir, B., Kirbas, I., Cevik, B., Ulu, E. M., Bayrak, A., & Coskun, M. (2008). Complications of
 continuous ambulatory peritoneal dialysis: evaluation with CT. *Diagnostic and
 Intervention Radiology*, 14(4), 212-220.
- Campbell, K. L. (2007). *Nutritional management in Pre-dialysis chronic kidney disease*. Doctor
 degree of philosophy, Graduate department of health and biomedical innovation,
 Health Queensland University of Technology.
- Canal, C., Pellicer, R., Rocha, C. I., Calero, F., Gracia, S., Montanes, R., Ballarin, J., & Bover, J.
 (2008). Tables estimating glomerular filtration rate from plasma creatinine. *Nefrologia*,
 28(3), 317-324.

- Cianciaruso, B., Pota, A., Pisani, A., Torraca, S., Anecchini, R., Lombardi, P., Capuano, A., Nazzaro, P., Bellizzi, V., & Sabbatini, M. (2008). Metabolic effects of two low protein diets in chronic kidney disease stage 4-5 a randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplant*, *23*, 636-644.
- Crockell, Y. J. (2012). Management of chronic kidney disease: An emphasis delaying disease progression and treatment options. *Formulary Journal*, *47*, 228- 237.
- Culwell, M. S. (2010). *Attitudes and intentional markers for behavioral change in smoker: examining the effects of intention on behavior change*. Doctor of Philosophy, University of Texas at Arlington.
- Degen, A. J. (2009). *Intensive dietary education using the phosphorus point system tool to improve hyperphosphatemia in patients with chronic kidney disease*. Master degree of Science, Graduate department of nutritional sciences, University of Toronto.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Feroelicher, E. S., Humphereys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, *33*(5), 668-675.
- Fadupin, G. T., & Egwu, O. R. (2011). Fish and egg white diet in non dialyzing in patient with moderate chronic kidney disease. *African Journal of Biomedical Research*, *14*(2), 95-101.
- 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.
- Fincham, D., & Moosa, M. R. (2008). Dietary and fluid adherence among hemodialysis patients Attending public sector hospitals in the western cape. *Journal Clinical Nutrition*, *21*(2), 7-12.
- Fouque, D., Wang, P., Laville, M., & Boissel, J. P. (2000). Low protein diets delay end – stage renal disease in non diabetic adults with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplant*. *15*, 1986-1992.
- Fried, L. F., Orchard, T. J., & Kasiske, B. L. (2001). Effect of lipid reduction on the progression Of renal disease: a meta-analysis. *Kidney International*, *59*(1), 260-269.

- Fried, L. F. (2008). Effect of HMG-CoA reductase inhibitors (Statin) on progression of chronic kidney disease. *Interventional Society of Nephrology*, 74, 571-576.
- Gennari, F. J., Hood, V. L., Greene, T., Wang, X., & Levey, A. S. (2006). Effect of dietary protein on serum total CO₂ concentration in chronic kidney disease: Modification of diet in renal disease study finding. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 52-57.
- Graves, J. W. (2008). Diagnosis and management of chronic kidney disease. *Mayo Clinic Proceeding*, 83(9), 1064-1069.
- Green, D. (2009). Malnutrition and chronic kidney disease. *Complete Nutrition*, 9(5), 21-22.
- Hansen, H. P., Tauber – Berit, E., Jensen, B. E., & Parving, H. H. (2002). Effect of dietary Protein on progression patients with diabetic nephropathy. *Kidney International*, 62, 220-228.
- Hildebrand, A., Komenda, P., Miller, L., Rigatto, C., Verrelli, M., Sood, A. R., Sathianathan, C., Reslerova, M., Eng, L., Eng, A., & Sood, M. M. (2010). Peritonitis and exit site infections in first nation patients on peritoneal dialysis. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 5, 1988–1995.
- Hillege, H. L., Fidler, V., Diercks, G. F., Gilst, W. H., Zeeuw, D., Veldhuisen, D. J., Gans, R. O., Janssen, W. M., Grobbee, D. E., & Jong, P.E. (2002). Urinary albumin excretion predicts cardiovascular and noncardiovascular mortality in general population. *Circulation*, 106(14), 1777-1782.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hostetter, T.H., Olson, J. L., Rennke, H. G., Venkatachalam, M. A., & Brenner, B. M. (2001). Hyperfiltration in remnant nephrons: a potentially adverse response to renal ablation. *Journal of the American Society of Nephrology*, 12, 1315-1325.
- Joly, D., Anglicheau, D., Alberti, C., Nguyen, A. T., Touam, M., Grunfeld, J. P., & Jungers, P. (2003). Octogenarians reaching end stage renal disease: Cohort Study of decision-making and clinical outcome. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14, 1012-1021.

- Kabello, B. G., Idris, M., Alhaj, H. I., & Gadour, M. E. (2010). Psychological disorders and Quality of life among sudanese dialysis patients and renal transplant recipient. *Sudan Journal of Medical Sciences*, 5(1), 29-35.
- Kinsella, S., Chavrimootoo, S., Molloy, M. G., & Eustace, J. A. (2010). Moderate chronic kidney disease in women is associated with fracture occurrence independently of osteoporosis. *Nephron Clinical Practice*, 116(3), 256-262.
- Kopple, J. D., & Massry, S. G. (2004). *Nutritional management of renal disease* (2nd ed.). Philadelphia: lippincot & Wilkins.
- Kutuldegun, A. A., Arici, M., Yildirim, T., Turgut, D., Yilmaz, R., Altindal, M., Altun, B., Erdem, Y., Yasavul, U., & Turgan, C. (2011). Daily sodium intake in chronic kidney disease patients during nephrology clinic follow-up: an observational study with 24-hour urine sodium measurement. *Nephron Clinical Practice*, 118(4), 361-366.
- Lam, C. W. (2009). Inflammation cytokines and chemokines in chronic kidney disease. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 20(1), 1-19.
- Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Zeeuw, D., Hostetter, T. H., Lameire, N., & Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO). *International Society of Nephrology*, 67, 2089 – 2100.
- Levey, A. S., Coresh, J., Greene, T., Stevens, L. A., Zhang, L. Y., Hendriksen, S., Kusek, J. W., & Lente, F. V. (2006). Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate, *Annals of Internal Medicine*, 145(4), 247-254.
- Lewis, R. (2009). The pathophysiology underlying chronic kidney disease. *Primary Care Cardiovascular Journal*, 28, 11-13.
- Maio, G. R., & Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. London: Sage.
- Manley, H. J. (2007). Disease progression and the application of evidence-based treatment guidelines diagnose it early: A case for screening and appropriate management. *Supplement of Journal of Manage Care Pharmacy*, 13(9), 6-12.

- Martinez – Castelao, A., Gorriz, J. L., Portoles, J. M., Alvaro, F. D., Cases, A., Luno, J., Navarro – Gonzalez, J. F., Montes, R., Cruz – Troca, J. D., Natarajan, A., & Battle, D. (2011). Baseline characteristics of patients with chronic kidney disease stage 3 and stage 4 in Spain: the MERENA observational cohort study. *Bio Med Central Nephrology*, 12(53), 1-11.
- Menon, V., Wang, X., Greene, T., Beck, G. J., Kusek, J. W., Marcovina, S. M., Levey, A. S., & Sarnak, M. J. (2003). Relationship between C-reactive protein, albumin, and cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(1), 44-52.
- Menon, V., Koppole, J. D., Wang, X., Beck, G. J., Collins, A. J., Kusek, J. W., Greene, T., Levey, A. S., & Sarnak, M. J. (2009). Effect of very low protein diet on outcome: Long term follow up of the modification of diet in renal disease (MDRD) Study. *American Journal of Kidney Disease*, 53(2), 208-217.
- Messina, L. E., Claro, J. A., Nardoza, A., Andrade, E., Ortiz, V., & Srougi, M. (2007). Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure. *International Brazilian Journal Urology*, 33(5), 673-678.
- Milas, N. C., Nowalk, M. P., Akpele, L., Castaldo, L., Coyne, T., Doroshenko, L., Kigawa, L., Korzec-Ramirez, D., Scherch, L. K., & Snetselaar, L. (1995). Factors associated with adherence to the dietary protein intervention in the modification of diet in renal disease Study. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(11), 1295-1300.
- Moe, S. M., Zidehsarai, M. P., Chambers, M. A., Jackman, L. A., Radcliffe, J. S., Trevino, L. L., Donahue, S. E., & Asplin, J. R. (2011). Vegetarian compared with meat dietary protein source and phosphorus homeostasis in chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 1-8.
- Molto, C. I., Roig, S. L., & Paster, M. A. (2012). Prevalence of adherence to fluid restriction in kidney patients in haemodialysis: objective indicator and perceived compliance. *Nefrologia*, 32(4), 1-9.
- Murtaugh, M. A., Filipowicz, R., Baird, B. C., Wei, G., Greene, T., & Beddhu, S. (2011). Dietary phosphorous intake and mortality in moderate chronic kidney disease: NHANES III. *Nephrology Dialysis Transplant*, 2, 1-7.

- Nabi, Z., Anwar, S., Barhabein, M., Mukdad, H. A., & Nassri, A. E. (2009). Catheter related infection in hemodialysis patients. *Saudi Arabia Journal Kidney Disease Transplantation*, 20(6), 1091-1095.
- National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcome Quality Initiative [NKF-K/DOQI]. (2002). *K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification*. New York: National Kidney Foundation.
- Pollara, T. (1998). Angiodysplasia in the renal patient: how to diagnose and how to treat. *Nephrology Dialysis Transplant*, 13(9), 2188-2191.
- Post, J. B., Jegede, A. B., Morin, K., Spungen, A. M., Langhoff, E., & Sano, M. (2010). Cognitive profile of chronic kidney disease and hemodialysis patients without dementia. *Nephron Clinical Practice*, 116(3), 247- 255.
- Qi, M. W., Ang, J. Y., & Chritensen, M. (2011). Meeting the nutrition challenge of stage 3 kidney failure: Considerations for nursing practice. *Singapore Nursing Journal*, 38(4), 10-13.
- Ritz, E., & Melhs, O. (2009). Salt restriction in kidney disease a missed therapeutic opportunity. *Pediatric Nephrology*, 24, 9-14.
- Rasu, R. S., Manley, H. J., Crawford, T., & Balkrishnan, R. (2007). Undertreatment of anemia in patients with chronic kidney disease in the united states: analysis of national outpatient survey data. *Clinical Therapeutics*, 29(7), 1524-1534.
- Schena, F. P. (2000). Epidemiology of end stage renal disease: International comparisons of renal replacement therapy. *Kidney International*, 57, 1-7.
- Stall, S. (2008). Protein recommendation for individual with CKD stage 1- 4. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 279-282.
- Symes, F. (2009). Eating well for your kidney. *The British Journal of Primary Care Nursing*, 6(2), 27-29.
- Thomas, R., Kalso, A., & Sedor, J. (2008). Chronic kidney disease and its complications. *Primary Care Clinics Office Practice*, 35, 329-344.
- Thomas, L. K., Sargent, R. G., Michel, P. C., Richter, D. L., Valois, R. F., & Moore, C. G. (2001). Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in old adults with end stage renal disease. *Journal of Renal Nutrition*, 11(2), 80-89.

- Trerotola, S. O. (2000). Hemodialysis catheter placement and management. *Radiology*, 215(3), 651–658.
- Tungsanga, K., Patanakul, C., Pooltavee, W., Mahatanan, N., Isarankura Na Ayuthaya, A., & Rodpai, S. (2005). Experience with prevention programe in thailand. *Kidney International*, 67, 68-69.
- Vegter, S., Perna, A., Postma, M. J., Navis, G., Remuzzi, G., & Ruggeneti, P. (2012). Sodium intake, ACE inhibition, and progression ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 23, 1-9.
- Veroux, M., Giuffrida, G., Corona, D., Gagliano, M., Scriffignano, V., Vizcarra, D., Tallarita, T., Zerbo, D., Virgilio, C., Sciacca, A., Cappello, D., Stefani, S., & Veroux, P. (2008). Infective complications in renal allograft recipients: Epidemiology and outcome, *Transplantation Proceedings*, 40, 1873-1876.
- Viasus, D., Garcia-Vidal, C., Cruzado, J. M., Adamuz, J., Verdaguer, R., Manresa, F., Dorca, J., Gudiol, F., & Carratala, J. (2011). Epidemiology, clinical features and outcomes of pneumonia in patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplant*, 26(9), 2899-2906.
- Wang, W., Soltero, L., Zang, P., Huang, X. R., Land, H. Y., & Adroque, H. J. (2007). Renal inflammation is nodulated by potassium in chronic kidney disease: Possible role of Smad7. *American Journal of Physiology Renal Physiology*, 293, F1123 -F1130.
- Weir, M. R. (2007). It is low protein diet or simply the salt restriction. *Kidney International*, 71, 188-190.
- Wenzel, U. O., Hebert, L. A., Stahl, A. K., & Krenz, I. (2006). My doctor said i should drink a lot recommendations for fluid intake in patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 344-346.
- Wright, J. A., & Cavanaugh, K. L. (2010). Dietary sodium in chronic kidney disease: A comprehensive approach. *Seminar Dialysis Journal*, 23(4), 415–421.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์รัชชัย หล่อสุวรรณกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไต
โรงพยาบาลชลบุรี
2. คุณวารินทร์ พระจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์
โรงพยาบาลชลบุรี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ค้วงแพง หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวนา กิริติคุณวงศ์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. คุณจิราภรณ์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำห้องตรวจ
อายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต
โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ

ฉบับที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ

ฉบับที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ

ฉบับที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ฉบับที่ 6 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ

ฉบับที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์เติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในหน้าข้อความ ให้ตรงตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตอบทุกข้อ

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

ชาย หญิง (.....)

2. อายุ.....ปี (.....)

3. สถานภาพสมรส

โสด คู่ หย่า/หม้าย (.....)

4. ท่านนับถือศาสนาอะไร

พุทธ อิสลาม คริสต์ (.....)

5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือระดับใด

ไม่ได้เรียนหนังสือ ชั้นประถมศึกษา
 ชั้นมัธยมศึกษา อนุปริญญา
ปริญญาตรี ปริญญาโท
ปริญญาเอก (.....)

6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด

ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย รับจ้าง
 เกษตรกร ธุรกิจส่วนตัว (.....)

7. ท่านมีรายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน (.....)

8. รายได้ของของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

เพียงพอ เพียงพอเหลือเก็บ ไม่เพียงพอ (.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย และเติมค่าลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในหน้าข้อความ ให้ตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วยที่สุด

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่มาตรวจในครั้งปัจจุบัน)
 - 1.1 Serum BUN.....mg/ dl (.....)
 - 1.2 Serum Creatinine.....mg/ dl (.....)
2. น้ำหนักตัว.....kg (วันที่มาตรวจในครั้งปัจจุบัน) (.....)
3. อัตราการกรองของไต (GFR)ml/ min/ 1.73 m² (ครั้งปัจจุบัน) (.....)
4. โรคไตเรื้อรัง () ระยะที่ 3 () ระยะที่ 4 (ครั้งปัจจุบัน) (.....)
5. ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคไตเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานานเท่าไร.....ปี(.....)
6. นอกจากโรคไตเรื้อรัง ท่านมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() โรคเบาหวาน	() โรคความดันโลหิตสูง
() โรคหัวใจ	() อื่น ๆ (.....)
7. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือไม่ และถ้าเคยได้รับข้อมูล ท่านได้มาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่เคย	
() เคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ	
() เคยได้รับความรู้จากสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง	
() เคยได้รับความรู้จากเพื่อน	
() เคยได้รับความรู้จากหนังสือ/ หนังสือพิมพ์/ เอกสารเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ	
() เคยได้รับความรู้จากโทรทัศน์	
() เคยได้รับความรู้จากอินเทอร์เน็ต	
() เคยได้รับความรู้จากวิทยุ	(.....)

ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านตอบให้ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 6-7 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1-3 วัน/ สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านรับประทาน อาหารประเภทเนื้อปลา/ เนื้อวัว/ เนื้อหมู/ เนื้อไก่ ประมาณวันละ 6 ช้อน กินข้าว					
2. ท่านเติมน้ำปลาเพิ่ม ในอาหารมากกว่า วันละ 3 ช้อนชา					
3.					
4.					
.....					
15. เมื่อท่านมีอาการ บวม หรือมีปัสสาวะ น้อยกว่าปกติ ท่านดื่มน้ำ ในแต่ละวันด้วยการ ประมาณจากปริมาณ ปัสสาวะของวันก่อน บวกเพิ่ม 500 มล.					

ฉบับที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้อาการของท่านที่พบได้บ่อยในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบว่าท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ตามอาการที่ท่านมีประสบการณ์จริง

อาการ	ท่านเคยมีอาการนี้ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		สำหรับผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ผิวแห้งหรือมีอาการคันที่ผิวหนัง			
2. ความแข็งแรงของร่างกายลดลง มีอาการอ่อนล้า และอ่อนแรง			
3. ปวดกระดูก			
4. ปวดศีรษะ			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
.....			
15. ชาปลายมือปลายเท้า			

ฉบับที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการวัดความรู้ของท่านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำ ให้ท่านตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

เลือกตอบ ถูก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นที่ข้อดังกล่าวถูกต้อง
 ผิด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นที่ข้อดังกล่าวไม่ถูกต้อง
 ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าข้อความถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรดื่มน้ำได้ไม่เกินวันละ 1,000 ซีซี				
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่จำเป็นต้องนำน้ำที่อยู่ในข้าวต้ม หรือ โจ๊ก มาคิดรวมกับปริมาณน้ำที่ดื่มได้ในแต่ละวัน				
3. น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจเพิ่มขึ้นได้ไม่เกินวันละ 1 กิโลกรัม				
4. เมื่อมีอาการบวมบริเวณเปลือกตาเล็กน้อย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังคงดื่มน้ำได้ตามปกติ				
5.				
6.				
7.				
8.				
.....				
22. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรลดการรับประทานผักผลไม้เมื่อต้องการรับประทานผลไม้ประเภทกล้วย หรือ ส้ม				

ฉบับที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ของท่านถึงการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินคุณค่าตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำ ให้ท่านตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

- มากที่สุด** หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับมากที่สุด
- มาก** หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับมาก
- ปานกลาง** หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับเพียงครั้งหนึ่ง
- น้อย** หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับน้อย
- น้อยที่สุด** หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับน้อยที่สุดหรือไม่ได้รับเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านได้รับกำลังใจ จากบุคคลในครอบครัวในการจำกัดอาหาร						
2. ท่านได้รับคำชมเชยจากบุคคลในครอบครัว เมื่อท่านจำกัดอาหารได้						
3.						
.....						
12. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือท่านในด้านค่าใช้จ่ายในเรื่องการบริโภคอาหารและน้ำ						

ฉบับที่ 6 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการบริโภคอาหารและน้ำ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงเจตคติของท่านในด้านความคิด ความรู้สึก ความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ ให้ท่านตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

- เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วยค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของท่านค่อนข้างมาก
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของท่านเพียงครั้งหนึ่ง
- เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยค่อนข้างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านเชื่อว่าเนื้อปลา เป็นอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดี เหมาะกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง						
2. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำมาก ทำให้ความดันโลหิตสูงได้						
3.						
.....						
17. ท่านเชื่อว่าสามารถกินหมูแผ่น หมูหยอง หมูยอ ได้มาก โดยไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย						

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Factors Influencing Dietary and Fluid Consumption Behaviors Among Patients with Chronic Kidney Disease

ชื่อนิสิต นางสาววิภาวรรณ อะสงค์

รหัสประจำตัวนิสิต 53910242

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05-03-2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 85 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องตรวจอายุรกรรมแพทย์เฉพาะทางโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และ

คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน เมษายน พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารเลขที่ ๒๒ /๒๕๕๗



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

- โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
Factors Influencing Dietary and Fluid Consumption Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาววิภาวรรณ อะสงค์
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๗

ออกหนังสือ ณ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๗

ลงนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์อัญญา ตียพันธ์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

ฉบับที่ 18/2557



หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมสำหรับงานวิจัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่อการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
(Factors Influencing Dietary and Fluid Consumption Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease)
2. ผู้วิจัย: นางสาววิภาวรรณ อะสงค์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
 - () อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
 - () อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
 - () รอการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
 - () ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 29 พ.ค. 2557

ลงนาม.....
(แพทย์หญิงจุฑาทิพย์ นีรุตติรักษ์)

ประธานคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัย

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภครอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-03-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิภาวรรณ อะสงค์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภครอาหารและน้ำ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภครอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของโรค ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีระดับรู้สีกตัวดี และสื่อสารภาษาไทยได้ โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 85 ราย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบคำถามจากแบบสัมภาษณ์จำนวน 6 ฉบับ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภครอาหารและน้ำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการ แบบสัมภาษณ์แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภครอาหารและน้ำ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติต่อการบริโภครอาหารและน้ำ ซึ่งใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที โดยขณะที่ตอบแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ให้ท่านซักถามได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่จะได้รับคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ในการปฏิบัติตนในการบริโภครอาหารและน้ำให้เหมาะสม เพื่อชะลอความเสื่อมของไต อย่างไรก็ตามก็อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และแจ้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อให้การปฐมพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างรวดเร็วที่สุด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีการกระทบ

ใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และการดำเนินชีวิตของท่าน สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ จะใช้รหัสแทนข้อมูลที่ได้จากท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้นจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถใช้ข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้มานั้นจะนำมาเสนอในภาพรวม ซึ่งนำข้อมูลที่ได้มาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากการเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาววิภาวรรณ อะสงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 087-243-2985 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102846

นางสาววิภาวรรณ อะสงค์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วันที่คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ
ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาววิภาวรรณ อะสงศ์)

ภาคผนวก ง

ตารางจำนวนและร้อยละของคะแนนการรับรู้อาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของคะแนนการรับรู้อาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (n=85)

อาการใน 1 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง	
	ไม่มีอาการ	มีอาการ
1.ผิวแห้ง.....	38(44.7)	47(55.3)
2.อ่อนล้า.....	29(34.1)	56(65.9)
3.ปวดกระดูก.....	45(52.9)	40(47.1)
4.ปวดศีรษะ.....	46(54.1)	39(45.9)
5.เบื่ออาหาร.....	53(62.4)	32(37.6)
6.ตะคริว.....	32(37.6)	53(62.4)
7.คลื่นไส้.....	61(71.8)	24(28.2)
8.เจ็บหน้าอก...	73(85.9)	12(14.1)
9.หายใจไม่อิ่ม..	45(52.9)	40(47.1)
10. ...ปัญหาการนอน..	50(58.8)	35(41.2)
11.หน้ามืด.....	54(63.5)	31(36.5)
12.บวม.....	25(29.4)	60(70.6)
13.สีผิวหนัง.....	46(54.1)	39(45.9)
14.จุดจ้ำเลือด.....	57(67.1)	28(32.9)
15.ชาปลายมือ.....	21(24.7)	64(75.3)