

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลทหารนครเชียงใหม่

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์*

กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม†

สุวินัย แสงโย‡

ศศินัญญ์ พงษ์ธรรม‡

นิภากรณ์ ปิ่นมาศ‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: จักรกฤษณ์ วังราษฎร์

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโรคร่วมและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทหารนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาค่าความสามารถในการทำนายของตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$, $SD = 0.47$) โดยอายุ รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 60.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2=0.607$, $p < 0.01$) ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

‡ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Factors Predicting Food Consumption Behavior of Hemodialysis Patients with End Stage Renal Disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Jukkrit Wungrath*, Kittipan Rerkkasem[†], Suwinai Saengyo[‡], Sasinat Pongtam[‡], Nipaporn Pinmars[‡]

* Faculty of Public Health, Chiang Mai University, [†] Faculty of Medicine, Chiang Mai University, [‡] Research Institute of Health Science, Chiang Mai University

Corresponding author: Jukkrit Wungrath, jukkrit.w@gmail.com

Abstract

Malnutrition from inappropriate food consumption behaviors is often found in end stage renal disease (ESRD) with hemodialysis (HD) patients. It may be a risk factor for increased morbidity and mortality in these patients. The purposes of the present study were to examine factors predicting of consumption behavior among ESRD with HD patients. Sample was 120 ESRD patients on HD in hemodialysis unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, by purposive sampling according to the specification. Data were collected using the questionnaire interviewing personal data, the self-efficacy, the social support and the food consumption behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation and multiple regression analysis. The results showed that the sample had overall food consumption behaviors at a medium level ($\bar{x} = 2.58$, $SD = 0.47$). Patient's age, income, duration of hemodialysis treatment, self-efficacy, and social support could predict food consumption behavior ($R^2 = 0.607$, $p < 0.01$). The finding of this study could be used as a guideline to promote the appropriate food consumption behavior along with social support to stimulate self-efficacy of the patients that enhance appropriate food consumption behavior in ESRD patients to improve their health status and quality of life.

Keywords: food consumption behavior, end stage renal disease, hemodialysis

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย เพราะมีความชุกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของโรคจากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, 0.8 และ 0.3 ตามลำดับ⁽¹⁾ เมื่อโรคดำเนินไปสู่ระยะที่ 5 และเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ในปี พ.ศ. 2555 ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยคือ 905.9 ต่อล้านประชากร จำแนกตามประเภทของวิธีการรักษาได้เป็น การรักษาด้วยวิธี hemodialysis (HD) 40,505 ราย (ร้อยละ 69.4), continuous ambulatory peritoneal

dialysis (CAPD) 12,150 ราย (ร้อยละ 20.8) และ kidney transplantation (KT) 5,729 ราย (ร้อยละ 9.8) หรือ 628.5, 188.5, และ 90.5 ต่อล้านประชากรตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากอุบัติการณ์ สามารถจำแนกตามประเภทของการรักษาได้เป็น HD ร้อยละ 54.6, CAPD ร้อยละ 42.1 และ KT ร้อยละ 3.3 หรือ 120.76, 93.11 และ 7.20 ต่อล้านประชากรตามลำดับ⁽²⁾

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่ให้ผลดีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เนื่องจากช่วยขจัดน้ำและของเสียออกจากร่างกาย ช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ แต่ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การอักเสบติดเชื้อ ภาวะซีด หัวใจห้องล่างซ้ายโตและภาวะทพโกลจนากการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องเผชิญอยู่เสมอ⁽³⁾ จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคไตวาย

เรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 20⁽⁴⁾ จำแนกเป็นภาวะทุพโภชนาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 24⁽⁵⁾ ภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางร้อยละ 56.2⁽⁶⁾ และภาวะทุพโภชนาการในระดับรุนแรงร้อยละ 5.6-8^(5,6) โดยสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยหลายประการ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความอยากอาหารที่ลดลง อาการเบื่ออาหารจากภาวะยูริเมีย ยาที่รับประทาน การสูญเสียโปรตีนและกรดอะมิโนไปกับการพอกเลือด รวมถึงความแปรปรวนของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งมีผลให้การสลายโปรตีนมีเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในที่สุด

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยได้มีการใช้นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First Policy) ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2551⁽²⁾ จากการสำรวจพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเด็นต่างๆ รวมถึงประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่อนข้างจำกัด เฉพาะข้อมูลของโรงพยาบาลราชวิถีในเดือนเมษายน พ.ศ. 2542 พบภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมกันทุกระดับเท่ากับร้อยละ 81.5 แต่ผู้ป่วยพอกเลือดที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2542 มีความชุกของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 42 และในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 พบภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 52.4 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีเพียงร้อยละ 8.3 ที่อยู่ในระดับรุนแรง⁽⁷⁾ จากการศึกษาของ Wilson และคณะ⁽⁸⁾ ในหน่วยไตเทียม 10 แห่งทางตอนใต้ของมลรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดนานกว่า 3 เดือนมีอัตราเกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดสารอาหารประเภทโปรตีนถึงร้อยละ 10-60 ของผู้ป่วยที่พอกเลือดทั้งหมด และการเกิดภาวะ

ทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การพอกเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 30-50⁽⁹⁾ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด และเกิดภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อนเรื้อรังได้ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงอาจเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง⁽¹⁰⁾ และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หรือไม่ โดยได้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการรักษาโรค ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (2) ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่เจาะจงต่อพฤติกรรม และ (3) ปัจจัยเชิงผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการนำสมรรถนะของตนเองมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพบุคคล และองค์ประกอบทั้งหมดจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเชื่อว่า ผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ หากมีการนำไปใช้ในการพิจารณาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อันจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ (ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม) ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558 จำนวน 173 คน ใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18-80 ปี ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถพูด-อ่าน-เขียนและโต้ตอบด้วยภาษาไทยได้ รับประทานอาหารได้ด้วยตนเองตามปกติ 3 มื้อต่อวัน ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มะเร็งระยะสุดท้าย มีความบกพร่องด้านการย่อยและการดูดซึมอาหาร เป็นโรคทางประสาทและจิตเวช การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 469/2558)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและข้อมูลสุขภาพรวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้เลย ทำได้เป็นบางครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำทุกครั้ง คำถามประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหาร การประกอบอาหาร นิสัยในการรับประทานอาหารและความถี่ในการบริโภคอาหาร รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนน้อย ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนมาก คำถามประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการให้คุณค่า และด้านการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ คำถามประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหาร วิธีการประกอบอาหาร นิสัยในการรับประทานอาหาร และความถี่ในการบริโภค รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ

การพัฒนาและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขึ้นมาจาก การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และทดสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.75, 0.70 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยจะพบกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเริ่มการฟอกเลือด เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสัมภาษณ์ในห้องคัดกรองที่มีความเป็นส่วนตัว และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) และหาค่าความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือร้อยละ 53 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 47 อายุเฉลี่ย 67.6 ปี (SD = 6.25) สถานภาพสมรสและอยู่เป็นคู่ร้อยละ 72.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือร้อยละ 39.47 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาท ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเฉลี่ย 4.5 ปี (SD = 0.72) โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 36.81, 24.24 และ 20.63 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.58, SD = 0.47) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่า ด้านการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการปรุงอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.41, SD = 0.78) ด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.67, SD = 0.61) ด้านนิสัยการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.16, SD = 0.52) และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.32, SD = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.32, SD = 0.88) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.26, SD = 0.64) ด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.35, SD = 0.71) ด้านนิสัยในการ

Table 1 Consumption behavior among the samples

Consumption behavior	Mean ± SD	level
Over all	2.58 ± 0.47	medium
Select the type of food and raw materials to cook	2.41 ± 0.78	medium
Cooking	2.67 ± 0.61	medium
Eating habits	2.16 ± 0.52	medium
Frequency of food consumption	2.32 ± 0.57	medium

รับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x} = 2.53$, $SD = 0.60$) และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.46$, $SD = 0.77$) ดังแสดงในตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.76$, $SD = 0.71$) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.52$) และ การสนับสนุนทางสังคมก็อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.78$, $SD = 0.49$) เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -0.548$, $p < 0.01$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.296$, $p < 0.01$) ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.874$, $p < 0.05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.711$, $p < 0.01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.786$, $p < 0.01$) ส่วนเพศ การศึกษาและสถานภาพ

Table 2 Self-efficacy in consumption behaviors

Self-efficacy	Mean ± SD	level
Over all	2.32 ± 0.88	medium
Select the type of food and raw materials to cook	2.26 ± 0.64	medium
Cooking	2.35 ± 0.71	medium
Eating habits	2.53 ± 0.60	medium
Frequency of food consumption	2.46 ± 0.77	medium

Table 3 Social support in consumption behaviors

Social support	Mean ± SD	level
Over all	3.76 ± 0.71	high
Family support	3.74 ± 0.52	high
Social support	3.78 ± 0.49	high

สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัย คือ อายุ รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ

Table 4 Correlation coefficient between variables

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1 Age (years)	1					
2 Income (baht/month)	-0.360**	1				
3 Duration receiving hemodialysis (years)	0.325**	0.082	1			
4 Self-efficacy	-0.223**	0.353*	0.467*	1		
5 Social support	-0.029	0.298	0.891	0.805**	1	
6 Food consumption behaviors	-0.548**	0.296**	0.874*	0.711**	0.786**	1

*p < 0.05, **p < 0.01

Table 5 Factors predicting consumption behaviors

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	T
Age (years)	-0.545	0.137	-0.127	-5.713*
Income (baht/month)	-1.201	2.365	0.021	0.644*
Duration receiving hemodialysis (years)	0.612	1.126	0.257	0.553*
Self-efficacy	1.655	0.610	0.565	4.780*
Social support	1.176	0.508	0.352	3.462*

Constant = 48.879, R = 0.729, R² = 0.607, F = 14.47, * p < 0.01

กลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 60.7 (R² = 0.607) โดยปัจจัยที่มีผลทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ (β = 0.021, P < 0.01) ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด (β = 0.257, P < 0.01) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = 0.565, P < 0.01) และการสนับสนุนทางสังคม (β = 0.352, P < 0.01) ส่วนปัจจัยที่มีผลทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ (β = -0.127, P < 0.01) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.58, SD = 0.47) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 67.6 ปี) ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันมานาน ความเคยชินและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงไปตามกาลเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกซื้อหรือการปรุงอาหารเพื่อบริโภค จึงส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ อะสงค์⁽¹³⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง โดยอธิบายว่าเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและความตั้งใจ



ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิกา อร่ามเมือง และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่อยู่ในวัยสูงอายุ นั้น มีข้อจำกัดจากความเสื่อมของร่างกายทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และความเคยชินทำให้ผู้ป่วยยังคงยึดถือปฏิบัติเช่นเดิม แม้จะได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพแล้วก็ตาม และจากการศึกษาของ จักรกฤษณ์ วัชรราชภูร์ และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ จนกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากต้องใช้ความพยายามและความอดทน เพื่อควบคุมทั้งชนิดและปริมาณในการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางคนเกิดความสับสนกับคำแนะนำ จึงเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจและทำให้ปฏิบัติได้อย่างไม่ต่อเนื่องและหยุดปฏิบัติในที่สุด^(16,17)

ในส่วนของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากผลการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.565$, $p < 0.01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการเลือกชนิดอาหารและวัตถุดิบที่ใช้ในปรุงประกอบอาหาร มีความสามารถในการควบคุมปริมาณและความถี่ของการบริโภคได้ การรับรู้เหล่านี้จะ

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติจนเกิดพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลนั้นจะมีความมั่นใจว่าคุณเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ จนประสบความสำเร็จได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ยิ่งบุคคลใดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองสูง ก็จะมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จ แม้จะยากหรือท้าทายสอดคล้องกับการศึกษาของ Oka and Chaboyer⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของชาวญี่ปุ่นที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Zrinyi และคณะ⁽²⁰⁾ ที่รายงานว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถกำหนดพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและค่าทางคลินิกที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคในระดับสูง จะมีทัศนคติและพฤติกรรมกรบริโภคโดยรวมถึงมีค่าทางคลินิกที่ดี เช่น ระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดและน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และนอกจากนั้น สาวิกา อร่ามเมือง และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมกรจำกัดน้ำของผู้ป่วย ($\beta = 0.622$, $p < 0.05$) และการศึกษาของ สุพิชา อัจฉิตการ และคณะ⁽²¹⁾ ก็ให้ผลการศึกษาในทำนองเดียวกันคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถ

ทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้รับร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.82$, $SD = 0.71$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ตามลักษณะพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญในเรื่องของการเลี้ยงดูเอาใจใส่ ความกตัญญูตเวที และการตอบแทนบุญคุณของบุพการีโดยเฉพาะในยามที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในเรื่องของการจัดการด้านอาหาร พบว่าบุตรหลานจะทำหน้าที่ในการจัดการอาหาร ทั้งการเลือกซื้ออาหารหรือวัตถุดิบในการปรุงอาหาร การปรุงประกอบอาหาร เป็นต้น⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว นั้นได้แก่ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพรวมถึงเรื่องการบริโภคอาหาร ทั้งในขณะที่ยังได้รับการตรวจจากแพทย์ และระหว่างการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อีกทั้งยังได้รับเอกสารความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น แผ่นพับ คู่มือทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่น มีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.352$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภา บรรจงเก็บ และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = 0.299$, $p < 0.05$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ($\beta = 0.286$, $p < 0.05$)

ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ

กลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.874$, $p < 0.05$) และ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.257$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ifudu และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีระยะเวลาในการฟอกเลือดที่นานกว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดน้อยกว่า ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นระยะเวลานานจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวให้เกี่ยวกับการฟอกเลือดได้ดีขึ้น มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สั่งสมเรื่อยมา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านการบริโภคได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการศึกษาของ Oka and Chaboyer⁽²⁴⁾ ก็ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านการบริโภคอาหารน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การรับบริการฟอกเลือดมาแล้ว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้การดูแล สนับสนุนและให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยรายใหม่อย่างจริงจัง เช่นเดียวกับ Mellon และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายชาวไอร์แลนด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดที่นานกว่า จะสามารถเรียนรู้และปรับตัว ตลอดจนแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการสร้างกระบวนการรับมือกับปัญหาด้านการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคและการจำกัดน้ำที่ดีกว่า

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.548$, $p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ($\beta = -0.127$, $p < 0.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ขำคม และคณะ⁽²⁶⁾ และ Abdel-kader และคณะ⁽²⁷⁾ ที่รายงานผลการศึกษาในทิศทางเดียวกันว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง และ Oka and Chaboyer⁽²⁴⁾ ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจคำแนะนำและข้อปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารได้ช้า อีกทั้งยังมีความสามารถในการจดจำข้อมูลต่างๆ ได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.296, p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ($\beta = 0.021, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้น้อยอาจจะมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคด้านการเงิน ทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีความเหมาะสม ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽²⁸⁾ ที่กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล จะมีการพิจารณาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย หากมีอุปสรรคมากจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยหรือไม่เกิดขึ้นเลย เช่นเดียวกับแนวคิดของ Bayliss และคณะ⁽²⁹⁾ ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากมีอุปสรรคหลายด้านประกอบกัน ทั้งที่เป็นอุปสรรคภายในและอุปสรรคภายนอก ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ ทัศนคติ รายได้ ระดับการศึกษา สภาพแวดล้อมโดยรอบ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตน การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ โดยปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้ และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งหาแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ทั้งนี้ โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาเสริมด้วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ภาวะโภชนาการที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่สนับสนุนในทุกด้านจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Ingsathit A, Thakkinian A, Chairasert A, Sangthawan P, Gojaseeni P, Kiattisunthorn K. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1567-75. (in Thai)
2. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services* 2015;5:5-17. (in Thai)
3. Sharma M, Rao M, Jacob S, Jacob CK. A controlled trial of intermittent enteral nutrient supplementation in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2002;12(4):229-37.
4. Desbrow B, Bauer J, Blum C, Kandasamy A., McDonald A, Montgomery K. Assessment of nutritional status in hemo-

- dialysis patients using patient-generated subjective global assessment. *J Renal Nutr* 2005;15(2):211-6.
5. Al-Saran KA, Elsayed SA, Molhem AJ, Aldrees AS, AlZara HM. Nutritional assessment of patients in a large Saudi dialysis center. *Saudi Med J* 2009;30(8):1054-9.
 6. Tayyem RF, Mrayyan MT, Heath DD, Bawadi HA. Assessment of nutritional status among ESRD patients in Jordanian hospitals. *J Renal Nutr* 2008;18(3):281-7.
 7. Sothananusak A, Sitawarin J, Worasombat P, Siti T, Chayakul C, Jeerawong P. Assessment of nutritional status in chronic hemodialysis patients at the Galayanivadhana hemodialysis unit. *Siriraj Medical Journal* 2005;57(1-4):19-36. (in Thai)
 8. Wilson B, Fernandez-Madrid A, Hayes A, Hermann K, Smith J, Wassell A. Comparison of the effects of two early intervention strategies on the health outcomes of malnourished hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2001;11(3):166-71.
 9. Akpele L, Bailey JL. Nutrition counseling impacts serum albumin levels 1. *J Renal Nutr* 2004;14(3):143-8.
 10. Suppasin A. Nutritional status in chronic kidney disease received hemodialysis. In: Thanakitcharu P, Wanichkatn S, editors. *Hemodialysis and nursing*. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2008. (in Thai)
 11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6thed. Boston: Pearson; 2011.
 12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
 13. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease (master's thesis). Chon buri: Burapha University; 2015. (in Thai)
 14. Arammuang S, Sangkard K, Kimpee S, Sriyuktasuth A. Factors predicting fluid control behavior in chronic kidney disease patients receiving hemodialysis. *J Nurs Sci* 2012; 30(3):74-81. (in Thai)
 15. Wungrath J, Saengyo S, Umme K. Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality* 2018;6(2):351-61. (in Thai)
 16. Wattanakorn K, Deenan A. Developing the eating behavior modification program for obese diabetics. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(2):143-56. (in Thai)
 17. Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, Ronis DL, Hayward RA, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabetic Med* 2005;22(1):32-8.
 18. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
 19. Oka M, Chaboyer W. Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviors in Japanese hemodialysis patients. *Int J Nurs Pract* 2001;7(6):431-9.
 20. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, et al. Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transpl* 2003;18(9):1869-73.
 21. Ardkhikarn S, Pothiban L, Lasuka D. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal* 2013;40:22-31. (in Thai)
 22. Banjonggeb P, Somboontanont W, Leelahakul V, Puwarawuttipanich W. Factors predicting functional status in end stage renal disease older adults receiving hemodialysis. *J Nurs Sci* 2016;34(4):57-67. (in Thai)
 23. Ifudu O, Chan E, Paul H, Mayers JD, Cohen LS, Breznsnyak WF, et al. Anemia severity and missed dialysis treatments in erythropoietin-treated hemodialysis patients. *Am Soc Artif Internal Organs* 1996;42(3):146-9.
 24. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients. *Clin Nurs Res* 1999;8(4):302-17.
 25. Mellon L, Regan D, Curtis R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Educ Couns* 2013;92(1):88-93.
 26. Khamkhom U, Watthayu N, Rattanathanya D. Factors predicting quality of life among chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015;27(2):60-71. (in Thai)
 27. Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephro* 2009;4(6):1057-64.
 28. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs* 1974;2(4):354-86.
 29. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 2003;1(1):15-21.