

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ใน สถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา

นัศรทอง จารุพิสิฐ ไพบูลย์, พย.ม.¹

สิริภา ชาญผลพลากร, พย.ม.^{1*}

ธิดารัตน์ กลิ่นพูน, พย.บ.²

ศศิรัศมิ์ นาชัยฤทธิวงศ์, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 9 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 17 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 190 ราย ได้มาด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-Stages Cluster sampling) เครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม ทั้งหมด 8 ส่วน ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) ของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.61$, $SD = 5.21$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ร้อยละ 70.8 ($R^2 = .708$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียม ($\beta = .513$) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta = .368$) การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม ($\beta = .292$) ทักษะคิดต่อการบริโภคโซเดียม ($\beta = .289$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .209$) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบริโภคโซเดียม ($\beta = .150$) ตามลำดับ จากผลการวิจัย ควรเน้นการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นหลัก รวมถึงการพิจารณาขยายพื้นที่การศึกษาเพื่อสะท้อนความแตกต่างตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมบริโภคโซเดียม, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโหลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: สิริภา ชาญผลพลากร, อีเมล: Siripa@knc.ac.th

Predictive Factors of Sodium Consumption Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3 and 4 in Primary Healthcare Settings, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Chatthong Jarupisitpaiboon, MNS¹

Siripa Tunyapolparakorn, MNS^{1}*

Tidarat Klinphun, BNS²

Sasirut Nachairittiwong, BNS³

(Received: November 9th, 2025; Revised: December 12th, 2025; Accepted: December 17th, 2025)

Abstract

This research was to study predictive factors of sodium consumption behaviors among patients with chronic kidney disease (CKD) stage 3 and 4 in primary healthcare settings in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. This predictive correlational research included 190 patients with stage 3 and 4 CKD selected using multi-stage cluster sampling. The data collection instrument was a questionnaire consisting of 8 sections. The questionnaire underwent content validity testing by experts. The Index of Item Objective Congruence (IOC) was 0.85 and the Cronbach's alpha coefficient was .89. Data were analyzed using descriptive statistics to obtain means and standard deviations, and multiple regression analyses. The findings revealed that the overall sodium consumption behavior score among patients with stage 3 and 4 CKD was at a moderate level ($M = 57.61$, $SD = 5.21$). The set of predictive factors collectively explained 70.8% of the variance in sodium consumption behaviors ($R^2 = .708$, $p < .05$). The strongest predictor was self-efficacy regarding sodium consumption ($\beta = .513$), followed by access to health services ($\beta = .368$), access to sodium-containing foods ($\beta = .292$), attitudes toward sodium consumption ($\beta = .289$), social support ($\beta = .209$), and knowledge of CKD and sodium intake ($\beta = .150$), respectively. Based on these findings, the development of behavioral modification programs should prioritize strengthening patients' self-efficacy as a key strategy. Additionally, expanding future research to include broader areas is recommended to capture variations in social and cultural contexts that may influence sodium consumption behaviors.

Keywords: predictive factors, sodium intake behavior, chronic kidney disease

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Registered Nurse, professional Level, Krachod Health Promoting Hospital, Nakhonratchasima Health Provincial Office

* Corresponding author: Siripa Tunyapolparakorn, Email: Siripa@knc.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคไตเรื้อรังเป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 10 ของโลก ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกมากกว่า 850 ล้านคน (Francis et al., 2024) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่ 5 ในปี 2583 (World Health Organization [WHO], 2025) เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 1.13 ล้านคน ช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากถึง 150,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกันกับอัตราการเสียชีวิต (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [HDC], 2568) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 มากที่สุด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 มากที่สุด จำนวน 293,394 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศต่อเนื่อง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2566 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2568) จากข้อมูลทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันทั้งจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นพื้นที่ที่ควรเฝ้าระวังเนื่องด้วยมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังต่อเนื่องมาโดยตลอด

จังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในสามของจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวนมาก อีกทั้งยังพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับ โดยพบผู้เสียชีวิตมากถึง 72,338 ราย (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [HDC], 2567) ในปี 2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 17,387 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 4,719 ราย เมื่อเทียบกับปี 2565 มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (HDC, 2568) จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในพื้นที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำการจำกัดโซเดียม โดยสาเหตุน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย นอกจากนี้ ในบริบทจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะพื้นที่กึ่งชนบทหรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมสูงเป็นเรื่องปกติในวิถีชีวิตประจำวัน ลักษณะคนในชุมชนยังใช้วิถีชีวิตดั้งเดิม อาหารพื้นถิ่นส่วนใหญ่ใช้เกลือ น้ำปลา ปลาร้า ในการประกอบอาหาร นอกจากนี้ยังมีการรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ และอาหารแปรรูป การนิยมรับประทานอาหารอีสานรสจัด สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 และใกล้ชิดกับประชาชนและเห็นปัญหาของชุมชนมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาการบริโภคโซเดียมและปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการบริโภคโซเดียมในกลุ่มบุคคลที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย หรือในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ยังไม่พบงานวิจัยในไทยที่ชัดเจนและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ใช่ ระยะ 3 และ 4

โดยตรง งานวิจัยจำนวนมากมุ่งเน้นการประเมินเพียงความรู้และทัศนคติ แต่ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ชัดเจน โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่สอดคล้องกัน และบางปัจจัยไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่าง และสามารถนำผลลัพท์ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมการลดบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งที่มารับรักษาในสถานพยาบาล และที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถชะลอการดำเนินของโรคได้ และการศึกษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้หากได้รับการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อควบคุมความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคโซเดียม ทัศนคติต่อการบริโภคโซเดียม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียม การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา

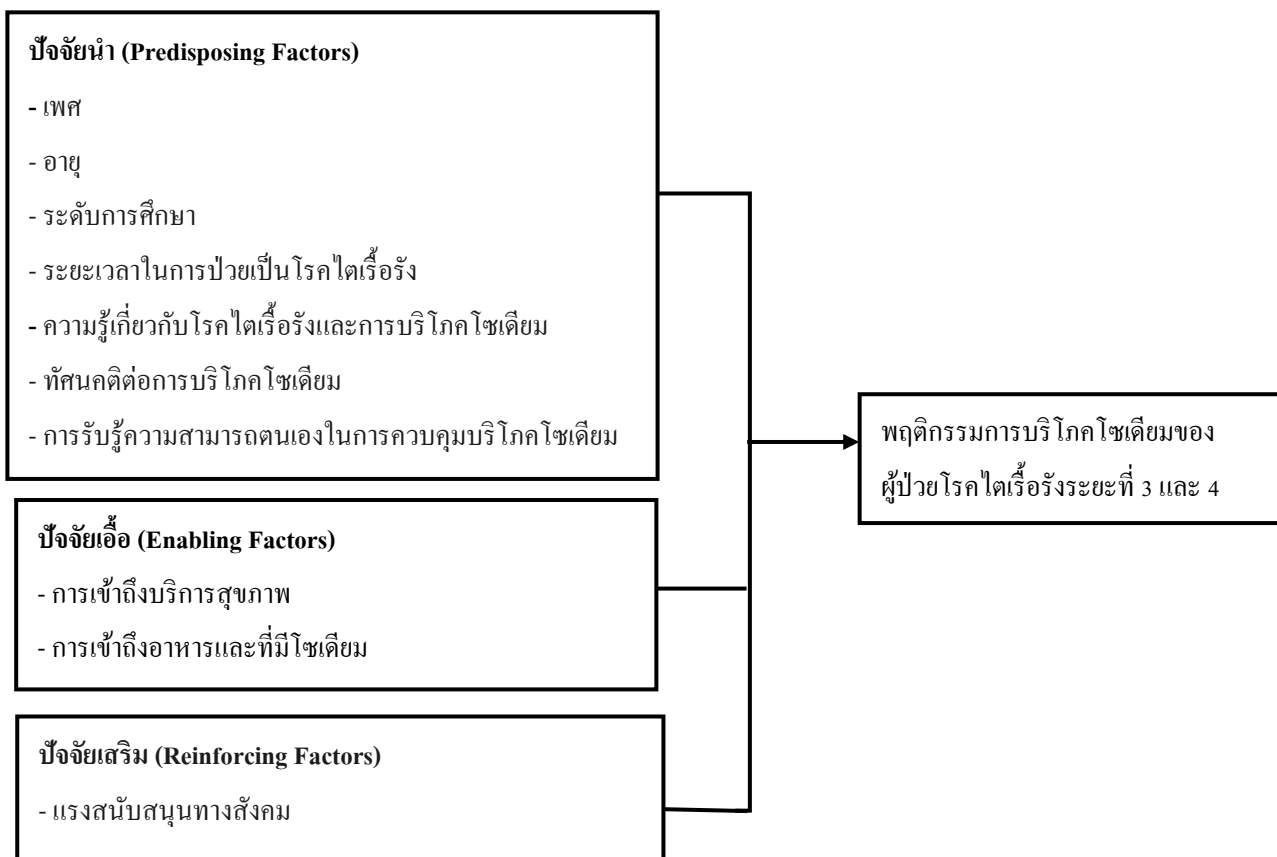
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การศึกษานี้ใช้ แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) เป็นกรอบแนวคิด โดยเน้นว่า ปัญหาสุขภาพมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างถูกต้องเพื่อกำหนดวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้นำ

ขั้นตอนที่ 3 ของ PRECEDE Framework คือ การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and Ecological Assessment) ซึ่งมุ่งวิเคราะห์ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีหลายปัจจัยร่วมกัน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคโซเดียม ทักษะคิดต่อการบริโภคโซเดียม การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมบริโภคโซเดียม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมนั้นเกิดเป็นจริงเป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือ แรงเสริม หรือแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ดังแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา ตามแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) โดยใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model ขั้นตอนที่ 3 ของ PRECEDE Framework โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกันยายน - ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยใช้วิธีให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 - 20 นาที

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคโซเดียม หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยครอบคลุมประเด็นหลัก ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบของการบริโภคโซเดียมต่อไตและสุขภาพโดยรวม ผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมต่อการดำเนินโรค ปริมาณโซเดียมที่เหมาะสม แหล่งอาหารที่มีโซเดียมสูง และวิธีการลดการบริโภคโซเดียม วัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคโซเดียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ทัศนคติต่อการบริโภคโซเดียม หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และการประเมินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม มีทั้งทางบวกและทางลบ ครอบคลุมทั้ง ความชอบ ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ในการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง ความเข้าใจ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของโซเดียมต่อสุขภาพ ความตั้งใจ แนวโน้ม หรือความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วัดโดยแบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคโซเดียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียม หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ว่าตนเองสามารถควบคุมและปฏิบัติตามพฤติกรรมการลดการบริโภคโซเดียม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงอาหาร ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง เพื่อป้องกันการเสื่อมของไตและควบคุมภาวะแทรกซ้อน วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคไตเรื้อรัง ครอบคลุมด้านความพร้อมใช้ การเข้าถึงทางกายภาพ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับบริการ วัดโดยแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม หมายถึง ระดับความสะดวกและโอกาสที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 สามารถหาซื้อหรือบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงได้ในชีวิตประจำวัน ทั้งในเชิงแหล่งอาหาร ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านสถานที่ เช่น ตลาด ร้านอาหาร ร้านสะดวกซื้อ ความพร้อมของอาหาร ชนิด ปริมาณ ความหลากหลายความสะดวกในการเข้าถึง ระยะทาง การจัดจำหน่าย การบริการส่งถึงบ้าน และ ราคา ความสามารถในการซื้อหา โดยการวัดจะใช้แบบสอบถามการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้ความช่วยเหลือ การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติในการจัดการโรคและการบริโภคโซเดียม วัดโดยแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ครอบคลุมการเลือกชนิดอาหาร การปรุงอาหาร การอ่านฉลากอาหาร และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการจำกัดโซเดียม วัดโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 30-59 ml/min/1.73 m²) หรือระยะที่ 4 (eGFR 15-29 ml/min/1.73 m²) จากแพทย์ และมีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 29,636 คน (HDC, 2568) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาอย่างน้อย 1 ปี และอยู่ในความรับผิดชอบของในสถานบริการปฐมภูมิ นั้นไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยแพทย์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size estimate) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .90 จากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ของ ลฎาภา ดีไมล์ และคณะ (2565) เรื่อง ปัจจัยทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทน

ไต ซึ่งมีค่า R^2 เท่ากับ .112 นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ .126 การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 173 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือมีข้อมูลสูญหาย (missing data) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดอัตราเพื่อป้องกันการตอบกลับข้อมูลไม่ครบถ้วนเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10 % ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 190 คน ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-Stages Cluster sampling) โดยผู้วิจัยสุ่มอำเภอ โดยแบ่งพื้นที่ตามลักษณะวิถีชีวิตและลักษณะของชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งชนบท ที่มีความแตกต่างกันทางด้านวิถีการดำเนินชีวิต ในอำเภอตัวอย่างที่มีผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) สุ่มเลือกอำเภอตัวอย่าง 2 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองนครราชสีมา เป็นตัวแทนชุมชนเมือง มีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคโซเดียมสูง การเข้าถึงอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนได้ง่าย สะดวก และ 2) อำเภอปักธงชัย เป็นตัวแทนชุมชนชนบท วิถีชีวิตผูกพันกับภูมิปัญญาชุมชนและเกษตรกรรมเป็นอำเภอกิ่งเมืองกึ่งชนบท มีทั้งตลาดใหญ่และหมู่บ้านเกษตรผู้คนยังรักษาวิถีดั้งเดิม อาหารพื้นถิ่นส่วนใหญ่ใช้ ปลา ร้าเกลือ หมักดอง ผู้วิจัยสุ่มเลือกสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในแต่ละอำเภอ ตำบลตัวอย่าง 1 ตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) ตำบลตัวอย่างจากอำเภอเมือง และ ตำบลตัวอย่างจากอำเภอปักธงชัย หลังจากนั้น นำรายชื่อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรังแต่ละแห่ง โดยได้ตัวแทนจากอำเภอเมือง จำนวน 155 คน และอำเภอปักธงชัย จำนวน 35 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA No. 37/2568 วันที่ 1 กันยายน 2568 รวมถึงใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคลหลักผลประโยชน์และหลักความยุติธรรม และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย

ผู้วิจัยทำเอกสารแนะนำตนเอง เอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแนบเอกสารพิทักษ์สิทธิเพื่อขออนุญาตทำการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแจ้งสิทธิที่พึงได้รับขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบกับผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ แบบสอบถามการวิจัยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่น่าไปสู่กลุ่มตัวอย่างได้ หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยก็สามารถ สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม มีทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดเป็นแบบเลือกตอบ และปลายเปิดแบบเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการจำกัดโซเดียม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด โดยคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-20 แปลผลโดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1976)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการจำกัดโซเดียม จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวก 9 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วย ถึง 4 = เห็นด้วยมาก) โดยคะแนนที่เป็นไปได้คือ 15-60 โดยคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการจำกัดโซเดียม

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียม จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 – 10 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1 = มั่นใจน้อย ถึง 3 = มั่นใจมาก) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 10-100 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียมมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1= น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 7-35 คะแนน แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1= น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 6-30 คะแนน แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมมากที่สุด

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ 5 ข้อ และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว 5 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก (1 = ได้รับ และ 0 = ไม่ได้รับ) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-10 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 4 = ปฏิบัติทุกครั้ง) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 22-88 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นการทบทวนวรรณกรรมไปทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Test) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางโรคไต 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Testing) ทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ที่ไม่ใช่สถานที่เก็บข้อมูล คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งได้ผลการวัดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเองพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างรอรับการตรวจชี้แจงให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากได้รับความยินยอม ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในช่วงระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจจากแพทย์ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องแยกข้างห้องตรวจแพทย์ เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) คำนวณโดยใช้ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบริโภคโซเดียม ทักษะคิดต่อการบริโภคโซเดียม การรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียม ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการจำแนกระดับคะแนน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบริโภคโซเดียม ทักษะคิดต่อการบริโภคโซเดียม การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมบริโภคโซเดียม การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงอาหารและที่มี

โซเดียม และ แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรต้นมีมาตรวัดเป็นมาตราอันตรภาค (Interval scale) โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.6) อายุเฉลี่ย 72.72 ปี ($SD = 9.44$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.8) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างหรือแรงงาน ร้อยละ 80.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไต อยู่ระหว่าง 2 – 15 ปี (เฉลี่ย 6.84 ปี, $SD = 3.10$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 73.1)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการจำกัดโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.64$, $SD = 2.52$) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการจำกัดโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 46.82$, $SD = 3.30$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียมอยู่ในระดับสูง ($M = 22.88$, $SD = 5.52$) คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 31.38$, $SD = 3.66$) คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 17.28$, $SD = 4.17$) และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M = 9.60$, $SD = 0.80$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.61$, $SD = 5.21$) โดย

3. เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ร้อยละ 70.8 ($R^2 = .708$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียมมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ($\beta = .513$, $t = 5.683$, $p = .000$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4

ตัวแปร	B	beta (β)	t	p-value
เพศ	.043	.069	1.680	.950
อายุ	.001	.002	.054	.957
ระดับการศึกษา	.008	.022	.513	.608
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	.020	.025	.597	.551

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>beta</i> (β)	<i>t</i>	<i>p</i> -value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบริโภคโซเดียม	.282	.150	2.235	.027*
ทัศนคติต่อการบริโภคโซเดียม	.311	.289	4.919	.001*
การรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียม	.220	.513	5.683	.001*
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.167	.368	2.852	.005*
การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม	.048	.292	2.069	.040*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.616	.209	3.120	.002*

หมายเหตุ Constant (a) = 10.618, *t* = 1.699, *F* = 48.220, *R* = .842, *R*² .708, Adjusted *R*² = .692, Std. Error of the Estimate 0.131, *p* < .05*

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 57.61, *SD* = 5.21) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโซเดียมเกิน ทั้งในแง่ของความดันโลหิตสูง การเสื่อมของไตที่รวดเร็วขึ้น ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมัยพร นิยมจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยจำนวนมากยังคงบริโภคโซเดียมสูงกว่าคำแนะนำ แม้จะได้รับการให้ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขแล้วก็ตาม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับ Chen et al. (2020) ที่ระบุว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ต้องอาศัยการสร้างสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการตัดสินใจ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือทีมสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลในระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่า การขาดปัจจัยเอื้อ เช่น อาหารโซเดียมต่ำในท้องถิ่น หรือการไม่มีระบบติดตามผลการบริโภค ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมล่าช้า หรือล้มเหลวในที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chailimpamontree et al. (2021) สำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่บริโภคโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์ WHO อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการบริโภคโซเดียม ($M = 22.88, SD = 5.52$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($M = 31.38, SD = 3.66$) และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ($M = 9.60, SD = 0.80$) อยู่ในระดับสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการจำกัดโซเดียม ($M = 13.64, SD = 2.52$) ทักษะคิดต่อการจำกัดโซเดียม ($M = 46.82, SD = 3.30$) และการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม ($M = 17.28, SD = 4.17$) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ร้อยละ 70.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .708, p < .05$) โดย การรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียมมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง มากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .513 รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม ทักษะคิดต่อการบริโภคโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบริโภคโซเดียม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .368, .292, .289, .209, และ .150 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อธิบายได้ ว่า

การรับรู้ความสามารถในการบริโภคโซเดียม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ร้อยละ 70.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .708, p < .05$) โดยเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .513 แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยว่าตนเองสามารถเลือกปรุง และควบคุมอาหารโซเดียมต่ำได้ เป็นปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการมากกว่าปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียว (Fielding, 2022) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถเลือกปรุง หรือควบคุมอาหารที่มีโซเดียมต่ำได้ จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการได้ดีกว่า ผู้ที่รู้สึกว่าตนเองควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ยาก ทั้งนี้สอดคล้อง ตามกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การจัดการมื้ออาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการจำกัดเกลือในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าตน “ทำได้จริง” จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมสอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen et al. (2020) ที่แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคไต รวมถึงการศึกษาของ ชัยพร นิยมจิตร และคณะ (2562) ที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคไตที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงมีแนวโน้มเลือกอาหารเหมาะสมตามคำแนะนำในการลดโซเดียมได้ดีขึ้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .368 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการและควบคุมการบริโภคโซเดียมได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากความพร้อมของทรัพยากร เช่น ความสะดวกในการเดินทาง การมีบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย บุคลากรให้คำแนะนำต่อเนื่อง และระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ หากบริการสุขภาพเข้าถึงได้ดี ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ได้รับการติดตามอาการ และสามารถปรับพฤติกรรมบริโภคโซเดียมได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมัยพร นิยมจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการพบแพทย์สม่ำเสมอและได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากบุคลากรสาธารณสุข จะมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคโซเดียมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chailimpamontree et al. (2021) ซึ่งรายงานว่าประชากรไทยที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีมักได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องโซเดียมและมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมบริโภคตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Carter et al. (2020) ซึ่งรายงานว่า ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหรือสามารถติดต่อบุคลากรสุขภาพเพื่อขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัย จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกว่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตที่ต้องได้รับคำแนะนำเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียม ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา การสนับสนุนจากระบบบริการปฐมภูมิ เช่น คลินิกให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน ถือเป็นโอกาสสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคโซเดียมอย่างเหมาะสม สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงโครงสร้างพื้นฐาน แต่เป็นตัวขับเคลื่อนหลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบริโภคโซเดียมสูง เช่น การเสื่อมของไตอย่างรวดเร็ว และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .292 แสดงให้เห็นว่า แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมสูงได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นอาหารสำเร็จรูป อาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้า หรือผลิตภัณฑ์แปรรูปที่หาได้ทั่วไปในชุมชน จะมีแนวโน้มบริโภคโซเดียมมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารดังกล่าว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งจัดให้ปัจจัยเอื้อ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความพร้อมของอาหาร การมีตัวเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่เอื้อต่อหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การที่อาหารโซเดียมสูงมีราคาถูกกว่า เข้าถึงง่ายกว่า และมักเป็นตัวเลือกที่รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงบริโภคโซเดียมมากขึ้น แม้จะมีความรู้หรือมีเจตคติที่ดีในการลดโซเดียมก็ตาม และการมีร้านอาหารจานด่วนและร้านอาหารรอบที่อยู่อาศัยในระดับสูงสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโซเดียมจากการ

ขับออกทางปัสสาวะและคุณภาพอาหารที่ด้อยลง (Tharrey et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของ Youngiam et al. (2024) พบว่า พฤติกรรมบริโภคโซเดียมสูงสัมพันธ์ด้านบริบทสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะดวกในการซื้ออาหารปรุงสำเร็จและอาหารแปรรูปในชุมชน โดยเมื่อมีร้านค้า ร้านอาหารที่ขายเมนูที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารแปรรูปอยู่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พัก จะส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทางลดโซเดียมทำได้ยากขึ้น

ทัศนคติต่อการบริโภคโซเดียม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .289 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการลดโซเดียม จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการมากขึ้น เช่น เลือกลดการกินอาหารที่มีโซเดียมสูง อ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ และพยายามลดอาหารแปรรูปในชีวิตประจำวัน สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) เชื่อว่า ทัศนคติมีผลต่อการตัดสินใจและแรงจูงใจภายในของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลเริ่มต้นและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าการลดโซเดียมมีประโยชน์หรือจำเป็นต่อการชะลอการดำเนินโรคได้ ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มจะเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Chailimpamontree et al. (2021) ยังสนับสนุนว่า แม้ประชากรไทยจำนวนมากจะมีความรู้เรื่องผลของโซเดียม แต่ ทัศนคติและความเชื่อส่วนบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าบุคคลจะลดการบริโภคโซเดียมหรือไม่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ยังสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Santos et al. (2019) ที่พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่ออาหารลดโซเดียม เช่น การมองว่าอาหารไม่เค็มก็อร่อยได้ หรือเชื่อว่าการลดโซเดียมช่วยให้สุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วและยั่งยืนขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีทัศนคติลบ เช่น มองว่าอาหารจืดไม่อร่อย หรือเข้าใจผิดว่าการลดโซเดียมไม่สำคัญมาก อาจมีความร่วมมือในการดูแลตนเองต่ำลง ทัศนคติถือเป็นแรงผลักดันภายในที่ช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมต่อการปรับพฤติกรรมและรักษาพฤติกรรมที่ดีได้ในระยะยาว

แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .209 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรสาธารณสุข มีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมการลดโซเดียมได้ดีกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ การสนับสนุนดังกล่าวอาจเกิดในหลายรูปแบบ ได้แก่ การช่วยเตรียมอาหารโซเดียมต่ำ การช่วยควบคุมตัวเลือกอาหาร การให้กำลังใจ รวมถึงการติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรักษาพฤติกรรมได้ต่อเนื่องมากขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวผลักดันให้บุคคลรักษากฎพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ปัจจัยเสริมแรงนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ต้องควบคุมพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและยาวนาน เช่น การลดการบริโภคโซเดียมในอาหารที่พบได้ทั่วไปในชุมชน ซึ่งมักเป็นอาหารสำเร็จรูปหรือมีรสจัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meuleman et al.

(2015) และ Ahn et al. (2017) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น มีคนช่วยเตรียมอาหาร หรือติดตามการบริโภคโซเดียม มีความสำคัญในทุกระยะของการเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้เกิดพฤติกรรมลดโซเดียมได้จริง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว มีโอกาสปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการลดโซเดียมได้มากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุน เมื่อสมาชิกในบ้านมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการลดโซเดียม เช่น การปรุงอาหารลดการใช้เครื่องปรุงรสเค็ม จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคโซเดียมต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2567) ที่พบว่า การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเป็นการรับรู้และการมีทัศนคติส่วนบุคคลเมื่อขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งบุคคลในครอบครัวหรือชุมชนที่อยู่อาศัยอาจทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำก็เป็นได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการบริโภคโซเดียม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .150 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตและบริโภคโซเดียม มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ต่ำกว่า ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการของผู้ป่วย สอดคล้องตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของกรีนและกรูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ความรู้จัดอยู่ในกลุ่ม ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ถือเป็นพื้นฐานทางจิตวิทยาที่ผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายใน (internal motivation) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลเสียของโซเดียม ส่งผลต่อการเสื่อมของไตอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มเลือกหลีกเลี่ยงอาหารเค็มและควบคุมปริมาณโซเดียมในชีวิตประจำวันมากขึ้น แม้ว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอทำให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Glanz et al., 2015) ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมัยพร นิยมจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้ด้านโภชนาการและผลของโซเดียมจะควบคุมการบริโภคได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ Chailimpamontree et al. (2021) ที่ชี้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มลดโซเดียมในอาหารได้มากกว่า

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมโซเดียมมากที่สุด เปลี่ยนจากการเน้น การให้ความรู้ ไปสู่การเน้น การสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเอง และ การสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม ทั้งมิติของบุคคลและชุมชน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างแท้จริงและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพที่มุ่งเน้นการเสริมสร้าง ทักษะปฏิบัติ และการประเมิน ความรู้สุขภาพ โดยตรง จึงเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถจัดการตนเองและ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างแท้จริง จากผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญนั้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จในโรคเรื้อรังนั้นต้องอาศัย ความรู้และทักษะเฉพาะด้าน ที่ไม่ได้ถูก ปลุกฝังอย่างเป็นระบบในวุฒิการศึกษาทั่วไป แม้จะมีวุฒิการศึกษาสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมี ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่ดีกว่า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายพื้นที่ในการศึกษาจะช่วยสะท้อนให้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภค โซเดียมตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยในแต่ละภูมิภาคมีวิถีชีวิต อาหาร พื้นถิ่น ความพร้อมของวัตถุดิบ รวมถึงระบบครอบครัวที่ต่างกัน ความแตกต่างเหล่านี้ส่งผลให้การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจมีความยากง่ายไม่เท่ากัน การศึกษาหลาย พื้นที่จึงช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมและสะท้อนความเป็นจริงในหลายมิติ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567: ลดแอ็ด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย (สาขาไต)*. ระบบตรวจราชการและนิเทศงาน (E-INSPECTION). https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_docth/2024-05-23-02-13-36.pdf
- ชัยพร นิยมจิตร, สายฝน เอกวางกูร, นัยนา หนูนิล, และรัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ. (2562). ความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและระดับการท างานของไตใน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ ไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 103-114.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2563). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ยูเอเอ็นซีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญประจักษ์ จันทรวิน, สิงห์ กาญจนอารี, วิวัฒนา ดิษฐ์สระ, และ จิชาภรณ์ ยกอิน. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(3), 72-80.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce>

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2568). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ
จำแนกตาม Stage (Coverage).

<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f>

ลฎาภา คีโมล, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, และ จงจิต เสน่หา. (2565). ปัจจัยทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(2), 210–221.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2568). รายงานสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ประจำปี
มาส 2 ปี 2568: ไตแลนด์. ศูนย์ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพ.

<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/84487-media-รายงานสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ-ประจำปีไตรมาส-2-ปี-2568-ไตแลนด์>

Ahn, S., Kim, S., & Choi, J. (2017). The impact of social support on adherence to a low-sodium diet in
patients with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 513–520.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000370>

Bloom, B. S. (1976). *Human characteristic and school learning*. McGraw-Hill Book.

Chailimpamontree, W., Kantachuvesiri, S., Aekplakorn, W., Lappichetpaiboon, R., Sripaiboonkij

Thokanit, N., Vathesatogkit, P., Kunjang, A., Boonyagarn, N., Sukhonthachit, P., Chuaykarn,

N., Sonkhammee, P., Khunsaard, P., Nuntapanich, P., Charoenbut, P., Thongchai, C.,

Uttarachai, A., Kwankhoom, W., Rattanakanahutanon, F., Ruangchai, K., ... Garg, R. (2021).

*Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour
urine collections. Journal of Clinical Hypertension*, 23(4), 744–754.

<https://doi.org/10.1111/jch.14147>

Carter, S. A., Manaloor, J. J., Dember, L. M., Fadem, S. Z., Fried, L. F., Greene, T., Gipson, D. S., Hogan,
S. L., Hladunewich, M. A., Holzman, L. B., Jefferson, J. A., Kopp, J. B., Nachman, P. H., Rovin,
B. H., Trachtman, H., & Blumberg, F. C. (2020). *Identifying outcomes important to patients with
glomerular disease and their caregivers. Clinical Journal of the American Society of Nephrology*,
15(5), 673–684. <https://doi.org/10.2215/CJN.00940115>

Chen, J., Gu, Y., & Liu, Y. (2020). Sodium intake and chronic kidney disease progression: A
review of observational studies. *Nutrients*, 12(1), 267. <https://doi.org/10.3390/nu12010267>

- Fielding, J. E. (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation: creating behavioral, environmental, and policy change*. JHU Press.
- Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., ... International Society of Nephrology. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473-485.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Meuleman, Y., Ten Brinke, L., Kwakernaak, A. J., Vogt, L., Rotmans, J. I., Bos, W. J. W., & van Dijk, S. (2015). Perceived barriers and support strategies for reducing sodium intake in patients with chronic kidney disease: A qualitative study. *International journal of behavioral medicine*, 22(4), 530-539.
- Santos, J. A., Sparks, E., Thout, S. R., McKenzie, B., Trieu, K., Hoek, A., & Webster, J. (2019). The Science of Salt: A global review on changes in sodium levels in foods. *The Journal of Clinical Hypertension*, 21(8), 1043-1056.
- Tharrey, M., Klein, O., Bohn, T., Bulaev, D., Van Beek, J., Malisoux, L., & Perchoux, C. (2025). Neighbourhood exposure to fast-food and sit-down restaurants and estimated 24-hour urinary sodium excretion: A cross-sectional analysis of urban adults from the ORISCAV-LUX 2 study. *Public Health Nutrition*, 28(1), e94.
- Welch, J. L., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Kraus, M. A., & Hays, R. D. (2018). Self-management interventions in stages 1 to 4 chronic kidney disease: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(12), 1800–1823. <https://doi.org/10.1177/0193945914551007>
- World Health Organization. (2025). *SDG target 3.4: Noncommunicable diseases and mental health* [Indicator details]. World Health Organization Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.4-noncommunicable-diseases-and-mental-health>
- Youngiam, W., Wattanaburanon, A., Keeratisiroj, O., Songthap, A., Phetphum, C., & Wangwonsin, A. (2024). Factors influencing sodium consumption behaviors among university employees in Phitsanulok Province, Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Health Research*, 38(1), correct-correct.