

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย

Challenges and factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease in Thailand.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ปนัดดา จันผ่อง¹ สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์²

Panadda Junporn¹ Sitthipong Yimsawad²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความท้าทาย ปัจจัยที่มีผลการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง รวมถึงจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนด้านการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 อายุระหว่าง 35 - 70 ปี เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป้าหมายในเขตพื้นที่ 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ คำนวณด้วยโปรแกรม G*power คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสมัครใจ จำนวน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รูปแบบเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติ จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายหลัก แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติพฤติกรรมของประชาชน เช่น การบริโภคอาหารเค็มขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจที่กระทบต่อการเข้าถึงการรักษา 2) มิติเชิงระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุม บุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ และระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกันไม่สมบูรณ์ 3) มิตินโยบายและการบริหารจัดการ เช่น การบังคับใช้นโยบายที่ไม่ทั่วถึง ความยั่งยืนของโครงการ และข้อจำกัดในการจัดบริการรักษา จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการยกระดับการคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างความตระหนักรู้ด้านการป้องกัน เพื่อสนับสนุนนโยบายทศวรรษชะลอโรคไตเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุข และนำไปสู่การลดภาระโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืนในระยะยาว ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ต่อมาน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้แสบ กังวล เครียดบ่อย ต่อมสุรา แอลกอฮอล์ กินสมุนไพร ยาหม้อ กินอาหารเสริมเป็นประจำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อาทิ 1) รัฐบาลประกาศนโยบายทศวรรษการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังเป็นวาระแห่งชาติ 2) กระทรวงสาธารณสุข จัดระบบการจัดการโรคไตเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการกำกับติดตามเพื่อมุ่งลดโรคไตเรื้อรัง 3) หน่วยบริการสุขภาพจากสหวิชาชีพจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม 4) ประชาชนเข้าถึง รับรู้ รอบรู้ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ความท้าทาย ปัจจัยที่มีผล การควบคุมป้องกัน โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research was survey study aiming to investigate the challenges and factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease (CKD), and to develop policy recommendations for CKD prevention and control. The sample consisted of 300 patients with stage 2-4 CKD, aged 35-70 years, receiving treatment at target hospitals in four target districts of Chiang Mai Province. Data were collected using the G*power program, with purposive and voluntary selection. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The study found that the main challenges can be divided into three dimensions: 1) Behavioral dimension of the population, such as consuming salty foods, lack of awareness of early kidney failure, inappropriate medication use, and economic limitations affecting access to treatment; 2) Healthcare system dimension, including insufficient

¹ วท.ม.ศุนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

² พ.บ.ศุนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย

screening of at-risk groups, inadequate public health personnel, and incomplete interconnected health information systems; and 3) Policy and management dimension, such as inadequate policy enforcement, project sustainability, and limitations in providing treatment services. The study results reflect the need to improve early screening, develop the healthcare system, and raise awareness of prevention to support the Ministry of Public Health's Decade of Slowing Kidney Deterioration policy and lead to a sustainable long-term reduction of the burden of chronic kidney disease. Factors affecting the control and prevention of chronic kidney disease are mostly associated with comorbidities such as hypertension, hyperlipidemia, and diabetes. Contributing factors to chronic kidney disease include drinking less than 8 glasses of water per day, urinary incontinence, taking pain relievers, combination drugs, and anti-inflammatory drugs, anxiety, frequent stress, alcohol consumption, and regular use of herbal remedies and supplements. Most patients received knowledge on how to slow kidney deterioration in chronic kidney disease patients. Policy recommendations include: 1) The government declaring the decade of chronic kidney disease control and prevention as a national agenda; 2) The Ministry of Public Health establishing a chronic kidney disease management system, starting from screening at-risk groups, disease prevention, treatment, and monitoring, aiming to reduce chronic kidney disease; 3) Multidisciplinary healthcare units providing a continuous and comprehensive patient care system; and 4) The public having access to, being aware of, and understanding how to control risk factors related to health behaviors and avoiding potential health impacts.

Keywords: Challenges, Influencing factors, Control and prevention, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกทุกประเทศ เฝ้าระวังและกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก ระบุว่า 1 ใน 10 ของคนทั่วโลก หรือร้อยละ 11-13 มีภาวะไตทำงานผิดปกติหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก มีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนต่อปี¹ สาเหตุมาจากขาดการรักษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1.12 ล้านคน ในปี 2024-2025 และติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไตสูงที่สุดในโลก หรือร้อยละ 17-22 สาเหตุหลักมาจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง² จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (กรมควบคุมโรค, 2566) คนไทยป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคนหรือร้อยละ 17.6 ของประชากร เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 (ระยะสุดท้าย) ประมาณ 200,000 คน โดยประมาณ 100,000 คน ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ฟอก

เลือดหรือล้างไต) และมีผู้รอปลูกถ่ายไตมากกว่า 5,000 คน แต่ได้รับปลูกถ่ายไตเพียง 600 คนต่อปี หรือมีเพียง 1 ใน 10 คนเท่านั้นที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต ปี 2568 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สูงถึง 17,589 ล้านบาท และแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันสูงถึง 200,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษา กว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณ 15-20% ต่อปี หากไม่มีการแก้ไข คาดว่าใน 5 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็นกว่า 200,000 ราย และต้องใช้งบประมาณกว่า 40,000 ล้านบาทต่อปี³ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับความเจ็บปวดและเสียเวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง โดยต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ทำการฟอกเลือด สัปดาห์ละมากกว่า 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ มีความทุกข์ ทั้งกายใจ ในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาด้านโรคไตยังไม่เพียงพอ กับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น การป้องกันและชะลอการ

เสื่อมของไตจึงเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานเพื่อลดและชะลอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และต้องมีการดำเนินงานคู่ขนานสอดคล้องส่งต่อกันอย่างมีระบบระหว่างชุมชนกับสถานบริการ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี⁴

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรครวม อาทิ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายโอกาสการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรครวม อาทิ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ และภาวะไขมันในเลือดสูง⁵ และยังพบในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคแพ้อิมิตตนเอง นิวไบนทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่ได้รับยาแก้ปวดหรือสารที่มีผลต่อไต มีระดับกรดยูริกในเลือดสูง และผู้ที่ครอบครัวมีประวัติป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และโรคติดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะเพิ่มความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมากถึง

20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่มีการใช้ยา ระยะเวลาการเป็นโรคไตมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ มีโรคร่วม 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับค่าอัตราการกรองไตอยู่ ช่วง 45-59 ml/min/1.73m² ระดับโปรตีนในปัสสาวะ 0 mg/dl (Negative) 1) ภาพรวมของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และมีความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.138$, $sig = .000$) และ 3) ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านระดับน้ำตาลในเลือดกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และมีความสัมพันธ์ระดับน้อย ($r=0.141$, $sig=.000$) ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง⁶ ข้อมูลจาก meta-analysis พบว่า การลดระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดอัตราการเสียชีวิตได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว จึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable, NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงทุกราย จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model) เป็นระบบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและปัจเจกบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 5 ระดับ คือ ระดับ บุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ จึงควรค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพในการสร้าง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญในสภาวะปัจจุบันและอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระหว่างเดือนมกราคม 2567-มีนาคม 2568 เป็นการศึกษาวินิจฉัยในพื้นที่อำเภอคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วม 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอเมืองเชียงใหม่ แม่ริม สันทราย และหางดง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 50 แห่ง จำนวนรวม 53 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 อายุระหว่าง 35 - 70 ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป้าหมาย 4 อำเภอเป้าหมาย แล้วคำนวณหากลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง 221 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง (โรงเรียนรักไต) ประกอบด้วย เกริ่นนำ เข้าใจโรคเข้าใจความเสี่ยง โปรแกรม 12 สัปดาห์ถึงเวลาต้องเปลี่ยน (ได้แก่ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรอบแนวทาง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โปรแกรม 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 , สัปดาห์ที่ 2 , 3 , 4 , 6 , 7 , 8 , 10 , 11

สัปดาห์ที่ 5 , 9 , สัปดาห์ที่ 12) และการสื่อสารติดตามต่อเนื่อง มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

2. สมุดบันทึกสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองรายวัน เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง (ทุกวัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน) 2) แบบบันทึกการติดตามภาวะสุขภาพตนเองรายสัปดาห์ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับความเครียด (ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนละ 4 ครั้ง) 3) แบบบันทึกติดตามระวางผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง (Before-After) ได้แก่ FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, TC, TG, HDL, LDL และ eGFR โดยตรวจเลือดที่โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจาะเลือดส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ พร้อมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. แบบสอบถามการประเมินผลการใช้คู่มือส่งเสริมป้องกันรอบรู้เท่าทันโรคไตเรื้อรัง (โรงเรียนรักไต) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 - 4 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย 18 ข้อ การประเมินความรู้เกี่ยวกับเข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง 15 ข้อ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมรักษาสุขภาพจิตใจ และพฤติกรรมการใช้ยา และความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน 8 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รูปแบบเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติ จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. จากการศึกษาทบทวนสถานการณ์ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อของประเทศไทยมีหลายมิติ ทั้งจากพฤติกรรมของประชาชนและสังคม การดำเนินงานด้านสาธารณสุข และข้อจำกัดเชิงนโยบาย นอกจากนี้รวมถึงด้านการเข้าถึงการรักษา การสร้างความตระหนักรู้ในระดับชุมชน และการขาดแคลนบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งล้วนส่งผลให้สถานการณ์ของโรคยังคงน่าเป็นห่วง ความท้าทายที่สำคัญ มีดังนี้

1) ความท้าทายด้านพฤติกรรมและสังคม พบว่า การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดโรคติดเชื้อ การจัดการโรคประจำตัว ควบคุมความดันโลหิต น้ำตาล และไขมันในเลือดให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แพทย์แนะนำเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ทำได้ยาก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ยังเป็นเรื่องที่ทำหาย พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม คนไทยคุ้นเคยกับอาหารรสจัด มีปริมาณโซเดียมสูง มีแนวโน้มบริโภคอาหารรสจัด (เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁷ ซึ่งนำไปสู่ภาวะโรคติดเชื้อได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้เป็นเรื่องยาก เนื่องจากฝังรากลึกในวัฒนธรรมการกิน การขาดการออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก มีน้ำหนักตัวที่มากเกินไป ทำให้ไตทำงานหนักขึ้น การสูบบุหรี่ ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้โรคติดเชื้อดำเนินไปได้แย่ง การรับรู้และขาดความตระหนักรู้ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไต ความรุนแรง ผลกระทบของโรคติดเชื้อในระยะเริ่มต้น

ปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง⁸ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น เพราะโรคนี้ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาแก้ปวด บางคนนิยมซื้อยามาใช้เอง รวมถึงยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรบางชนิด ยาชุดต่อเนื่องเป็นเวลานาน⁹ โดยไม่มีคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งอาจมีสารอันตราย ส่งผลต่อการทำงานของไตได้ หรืออาจส่งผลเสียต่อไตได้โดยตรง ปัญหาเศรษฐกิจและภาระผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระยะสุดท้ายบางส่วนโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท อาจเลือกที่จะไม่รับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายหรือภาระที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมแม้ว่าจะมีนโยบายให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีสิทธิบัตรทองสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ในทางปฏิบัติการเข้าถึงบริการอาจยังมีความไม่เท่าเทียมกันในบางพื้นที่ การเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่าย แม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการรักษา มีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ ต้นเพราะทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อระยะสุดท้ายมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตสูงมาก ซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขของประเทศโดยรวม

2) ความท้าทายด้านระบบสาธารณสุข พบว่า ความซับซ้อนของการจัดการโรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อมักเกิดร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการดูแลที่บูรณาการ และต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และในชุมชนยังคงมีความท้าทาย ระบบการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม แม้จะมีความพยายามคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น¹⁰ การคัดกรองและการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า จนกระทั่งอาการรุนแรงและเข้าสู่ภาวะไตวายระยะ

สุดท้าย การเข้าถึงการรักษาและการคัดกรอง แม้ว่า
จะมีนโยบายส่งเสริมคลินิกชะลอไตเสื่อมใน
โรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่การเข้าถึงการคัดกรอง
โรคอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะ
ในชุมชนที่ห่างไกล ยังเป็นปัญหา บุคลากรทาง
การแพทย์ไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากร
ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต นักกำหนดอาหาร หรือนัก
กายภาพบำบัดในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และ
เทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต
เป็นไปได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสห
วิชาชีพไม่ทั่วถึง การขาดการประสานงานที่มี
ประสิทธิภาพ การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและระบบ
การดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนยังไม่เป็นไป
อย่างราบรื่นเท่าที่ควร ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย
อย่างต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนนโยบาย
ยังจำกัด การขาดข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน
วงกว้างและเป็นระบบ ทำให้ขาดข้อมูลที่ครอบคลุม
สำหรับวางแผนนโยบายและมาตรการป้องกันที่
เหมาะสม

3) ความท้าทายด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ
พบว่า การบังคับใช้นโยบายที่ยังไม่ทั่วถึง แม้มีการ
ออกมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังหลายฉบับ แต่การนำไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ยัง
แตกต่างกัน และอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ความ
ยั่งยืนของโครงการ¹⁰ การพัฒนาโครงการหรือคลินิก
เฉพาะทางในพื้นที่ต่างๆ ยังต้องมีการติดตามและ
ประเมินผลในระยะยาว เพื่อให้มั่นใจได้ว่า มาตรการ
ต่างๆ ที่นำมาใช้จะมีความยั่งยืนและเกิด
ประสิทธิภาพสูงสุด ข้อจำกัดในการรักษา การใช้ยา
บางชนิดที่ช่วยชะลอการทำงานของไต เช่น ACEI
และ ARB อาจมีข้อควรระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม หรือ
ต้องปรับตามภาวะของร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยการ
ติดตามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ข้อจำกัดในการวิจัย
และพัฒนา การขาดการวิจัยเพื่อประเมินผลระยะยาว
ของรูปแบบการป้องกันและรักษาโรคไต รวมถึงการ
ขาดแคลนข้อมูล ทำให้การพัฒนานโยบายและแนว
ทางการรักษาที่เหมาะสมทำได้ยาก ด้านการวิจัยและ
การนำไปใช้ในการติดตามผลระยะยาว: ยังมีความ

จำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว
ทั้งในระดับผู้ป่วย ชุมชน และความคงอยู่ของกิจกรรม
การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม จำเป็นต้องมีการ
พัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้
เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละ
พื้นที่

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไต
เรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เพศชาย ร้อยละ 39.2
ส่วนใหญ่อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 71.5 รองลงมาอายุ
40-59 ปี ร้อยละ 26.2 อายุเฉลี่ย 62.7 ปี อายุ
น้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี ส่วนใหญ่นับถือ
ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส
ร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา
ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.8
รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อ
เดือน ร้อยละ 65.3 รายได้เฉลี่ย 8,004.24 บาทต่อ
เดือน รายได้มากที่สุด 50,000 บาทต่อเดือน น้อย
ที่สุด 200 บาทต่อเดือน ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแล
ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 44
รองลงมาเป็นบุตรหรือหลาน ร้อยละ 37 ส่วนใหญ่มี
โรคร่วมด้วย ร้อยละ 96.3 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่
ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง
โรคเบาหวาน ร้อยละ 85.9 , 5.9 , 49.1 ตามลำดับ
สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดื่มน้ำ
น้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 60.8
รองลงมา กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.4 กินยาแก้
ปวด ยาชุด ยาแก้แสบ ร้อยละ 34.8 กังวล เครียด
บ่อย ร้อยละ 27.0 ดื่มน้ำสุรา แอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.8
กินสมุนไพร ยาหม้อ ร้อยละ 25.2 กินอาหารเสริม
เป็นประจำ ร้อยละ 23.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3
ตลอดจนการได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการ
ชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า
ได้รับความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพ
ใจ ร้อยละ 85.7 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา สูบ
บุหรี่ ดื่มน้ำ แอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.7 และได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง ป้องกันโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 71.0

2) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า

2.1 ด้านการกินอาหาร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 เมื่อจำแนกรายชื่อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ทุกข้อ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .032 เมื่อจำแนกรายชื่อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบ 4 ข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบ 1 ข้อ ใน 5 ข้อ ที่ไม่พบความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ข้อ 5 ออกกำลังกายแต่ครั้งจะหายใจเร็วขึ้นและมีเหงื่อซึมทุกครั้ง

2.3 ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อจำแนกรายชื่อของพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตใจทุกข้อ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ ก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.4 ด้านการใช้ยา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกข้อ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .261 เมื่อจำแนกรายชื่อของพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา 4 ข้อใน 10 ข้อ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายชื่อ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		T	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการกินอาหาร	2.87	.876	3.41	.670	5.265	.002
1.มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกินอาหารเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง	2.59	.990	3.44	.716	7.956	.000
2.ชั่งน้ำหนัก สั่งเกตน้ำหนักของตัวเองกับเป้าหมายและทบทวนเพื่อปรับวิธีการควบคุมน้ำหนัก	2.75	.933	3.42	.687	5.940	.000
3.ควบคุมและเลือกกินอาหาร เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ	2.85	.888	3.43	.646	6.108	.000
4.หลีกเลี่ยงไม่ใส่ผงชูรส เครื่องปรุงรสน้ำมันหอมระเหย ซุปก้อน ในการปรุงอาหาร	2.44	.963	3.44	.647	9.564	.000
5.หลีกเลี่ยงไม่กินอาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง บะหมี่สำเร็จรูป อาหารหมักดอง	2.81	.870	3.36	.732	5.141	.000

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายด้าน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		T	P -value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
6.ปรับนิสัยการกินให้ลดลง ไม่เต็ม เครื่องปรุงรสตามใจชอบ และไม่กินอาหารรสเค็มจัด	2.93	.959	3.26	.649	3.030	.003
7.เลือกกินอาหารแหล่งโปรตีนคุณภาพ ได้แก่ ไข่ เต้าหู้ ถั่ว ผัก เนื้อสัตว์จากโปรตีนข้าวสาลี	2.98	.739	3.40	.685	4.390	.000
8.ใช้วิธีการปรุงและกินอาหารไขมันต่ำ เช่น ต้ม นึ่ง แพง	3.07	.816	3.41	.658	3.416	.001
9.ในแต่ละวัน กินผักหลากหลายชนิด และกินผลไม้หลังอาหารทุกครั้ง	2.98	.801	3.46	.634	4.659	.000
10.ในแต่ละวัน ดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำอัดลม และน้ำหวานทุกชนิด	3.29	.801	3.52	.649	2.450	.016
ด้านการออกกำลังกาย	2.42	.950	2.66	.865	2.598	.032
1.กำหนดเป้าหมายและวางแผนการออกกำลังกาย	2.49	.994	2.85	.909	2.686	.008
2.ออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักทบทวนอาการของโรคไตเรื้อรัง และนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข.	2.41	.921	2.81	.881	3.193	.002
3.ใน 1 สัปดาห์ ออกกำลังกาย 5 วัน วันละ 30-45 นาที	2.47	.955	2.74	.955	2.121	.036
4.วิ่งเหยาะๆ ทุกวัน สังเกตได้ว่า ร่างกายแข็งแรง สดชื่น น้ำหนักลดลง	2.27	.947	2.71	.789	3.391	.001
5.ออกกำลังกายแต่ละครั้ง จะหายใจเร็วขึ้น และมีเหงื่อซึมทุกครั้ง	2.50	.935	2.71	.789	1.599	.113
ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ	2.88	.906	3.41	.698	4.658	.001
1.กำหนดเป้าหมายและวางแผนการรักษาสุขภาพจิตใจ ให้อารมณ์ดี มีความสุข	3.05	.905	3.61	.611	5.399	.000
2.เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ อารมณ์หงุดหงิด จะทบทวนอาการของโรค และนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.31	1.004	3.21	.762	7.124	.000
3.เมื่อรู้สึกเครียด จะประเมินระดับความเครียดของตัวเองและปรับอารมณ์ตามข้อแนะนำ	2.75	.962	3.24	.763	4.110	.000
4.จัดการปัญหาทุกอย่างด้วยตัวเอง โดยไม่มีความเครียด มีอารมณ์ดี	3.21	.740	3.50	.692	2.802	.006
5.พักผ่อนนอนหลับได้สนิททุกคืนๆละ 7-8 ชั่วโมง	3.10	.921	3.50	.664	3.856	.000
ด้านการใช้ยา	2.86	.789	2.95	.862	1.873	.261
1.มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.55	.690	3.54	.730	.095	.924

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกรายด้าน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		T	P -value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
2.เมื่อมีปัญหาการใช้ยา จะทบทวนอาการของโรค และนำไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.41	.789	3.53	.677	1.248	.215
3.อ่านฉลากยาทุกครั้ง ก่อนกินยา	3.68	.542	3.57	.646	1.364	.175
4.ซื้อยามากินเอง เมื่อไม่สบาย เช่น ยาแก้ปวด ยาอักเสบ ยาสมุนไพร	1.70	.730	1.86	.995	1.328	.187
5.ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาตามแผนการรักษาของแพทย์	1.68	.938	1.88	1.052	1.460	.147
6.ไม่เปลี่ยนขนาดของยาด้วยตนเองเมื่อรู้สึกมีอาการของโรคไม่ดีขึ้น	2.52	1.36	3.03	1.128	2.55	.004
7.กินยาตรงตามเวลา ยาก่อนอาหารกินก่อนกินอาหารครึ่งชั่วโมง ยาหลังอาหารกินหลังอาหารครึ่งชั่วโมง	3.53	.781	3.52	.652	.101	.920
8.กินยาให้ครบทุกครั้ง แมารู้สึกเบื่อการกินยา	3.62	.735	3.20	1.013	3.199	.002
9.เมื่อมีอาการแพ้ยา ซื้อยากินเองตามอาการ	1.29	.673	1.92	1.117	4.876	.000
10.พยายาติดตัวเสมอ เมื่อเดินทางไปต่างจังหวัด	3.65	.646	3.46	.571	2.102	.038

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยนพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean=3.15) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean=2.80) แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .093 ดังรายละเอียด

ตามตารางที่ 2 ดังนั้น ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงควรหาแนวทางและรูปแบบในการสร้างความรู้ เน้นความตระหนัก ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การเฝ้าระวังความเสี่ยง และกำกับตนเองด้านผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน ด้วยสถิติ t-Test

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	t	P value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.80	.864	3.589	.093
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.15	.711		

4. ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน - หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติระดับสูงและการปฏิบัติระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงขึ้น กล่าวคือ การปฏิบัติ

ระดับสูง หลังเข้าโปรแกรม ร้อยละ 44.40 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.17 การปฏิบัติระดับปานกลาง หลังเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.20 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 29.56 การปฏิบัติระดับต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 20.40 ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ร้อยละ 35.27 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน - หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม(N=265)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม(N=108)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติระดับสูง	93	35.17	48	44.40
การปฏิบัติระดับปานกลาง	78	29.56	38	35.20
การปฏิบัติระดับต่ำ	93	35.27	22	20.40

5. ระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่าระดับความรู้สูงสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพสูง ร้อยละ 66.0 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000

สรุปและอภิปรายผล

ความท้าทายปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า โรคไตเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการมีโรคเรื้อรัง การใช้จ่ายแก้ปวดเป็นเวลานาน การเสื่อมตามวัยที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่สาเหตุหลักที่ทำให้ไตเสื่อมมากกว่าสาเหตุอื่น คือ การบริโภคโซเดียมมากเกินไป โรคนี้มีระยะเวลาดำเนินโรคช้าๆ ไม่ปรากฏอาการ สามารถตรวจพบได้ทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น จึงทำให้บุคคลละเลยการดูแลไตกว่าจะรู้ก็อาจสายเกินไป และเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรค จึงท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย ในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ ยังมุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลักทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่ควรมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและชะลอไตเสื่อม ถึงแม้มีการสร้างสื่อทุกรูปแบบในการรณรงค์ต่างๆ แต่อาจต้องประเมินการเข้าถึงสื่อของกลุ่มวัยต่างๆ ที่ควรมีทั้งสื่อร่วมและสื่อเฉพาะกลุ่มที่มี

ความแตกต่างกัน ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดการปัญหาไตเสื่อม โดยเฉพาะการรณรงค์และการมีมาตรการของชุมชน ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลยังพบว่ามุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก การละเลยกลุ่มที่ยังไม่ป่วยอาจทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาในระยะยาวได้ และด้านการปรับระบบบริการสุขภาพ นอกจากระบบการคัดกรองกลุ่มป่วยเพื่อการรักษาแล้ว ควรมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยเฉพาะวัยทำงาน ซึ่งจะทำให้เกิดลดค่าใช้จ่ายในอนาคตหากคนเหล่านี้ไม่เป็นโรคไตเสื่อม ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้แสบก้างวล เครียดบ่อย ต่อมัสสุรา แอลกอฮอล์ กินสมุนไพร ยาหม้อ กินอาหารเสริมเป็นประจำ ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ได้รับความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพใจ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง ป้องกันโรคไตเรื้อรัง จึงควรส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ¹¹ จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีความสามารถการจัดการตนเองได้เหมาะสม การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงเป็นความท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย¹²

สรุปความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย ความท้าทายที่สำคัญหลัก คือ ความท้าทายด้านพฤติกรรมและสังคม ความท้าทายด้านระบบสาธารณสุข และความท้าทายด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ถือเป็น การสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการที่สามารถคัดกรองและจัดการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการดำเนินของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รัฐบาลประกาศนโยบายทศวรรษในการป้องกันโรคไตเรื้อรังเป็นวาระแห่งชาติ ผลักดันการขับเคลื่อนการจัดการโรคไตเรื้อรังที่จะนำไปสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นต้นตอที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและชะลอไตเสื่อม

2. กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมโรคไตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประสานงาน เชื่อมโยง และใช้ข้อมูลผู้ป่วยในการจัดระบบการจัดการโรคไตเรื้อรังเริ่มตั้งแต่

กระบวนการคัดกรอง การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการกำกับติดตาม เพื่อมุ่งลดโรคไตเรื้อรังทั้งในเชิงกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

3. สถานบริการสุขภาพโดยสหวิชาชีพทุกระดับ จัดระบบบริการเพื่อเพิ่มการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การชะลอไตเสื่อม โดยเฉพาะหน่วยบริการเฉพาะทางควรมีการพัฒนากระบวนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องให้มีคุณภาพและครอบคลุม รวมทั้งการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายไต

4. การสร้างสื่อทุกรูปแบบในการรณรงค์ให้ประชาชนเข้าถึง รับรู้ รอบรู้ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมด้านการบริโภค ออกกำลังกาย สุขภาพใจ และการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลีกเลี่ยงผลกระทบและพยากรณ์โรคที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพในระยะยาว รวมถึงสร้างความเข้มแข็งของชุมชน พัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมจัดการปัญหาไตเสื่อม กำหนดให้มีมาตรการของชุมชนด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก และการปรับระบบบริการสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการรักษา ควรมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงในวัยทำงาน จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล.(2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรมควบคุมโรค
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2566). รายงานผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK . กรุงเทพมหานคร
- โสภณ เมฆธน.(2566). การจัดการโรคไตเรื้อรังนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน การปาฐกถาการประชุมใหญ่ประจำปีสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด;
- กุลลดา เลียวเสถียรวงศ์, ปทพพร อภัยจิตต์.(2566). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วารสารการแพทย์ 2566;38(3)
- นาคยา ผลิเศษ.(2566). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: https://https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subforms/202401301636.pdf
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต บุนนาค, วรางคณา พิชัยวงศ.(2557). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ใน การแพทย์ไทย 2554-2557 First Edition (Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014). กรุงเทพมหานคร

8. กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ใน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
9. ไตเทพ พงทอง.(2565). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). กรุงเทพมหานคร
10. กฤษฎา หาญบรรเจิด.(2567). โครงการ 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต. ใน การประชุมโครงการ 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต. นนทบุรี
11. เสาวนีย์ กระแจะจันทร์.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - 3 จังหวัดตราด
12. กริช เรืองไชย.(2021). ภาวะไตเสื่อมกับความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ2021, 14(2), 1-14. สืบค้น จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/245552>