

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน
และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรอง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

A Study of the Situation of Chronic Kidney Disease
in the Community and Strategies to Delay
Its Progression from Chronic Non-Communicable
Diseases Based on the Perspectives of Participants
in Community-Based NCD Screening

ศาสตราจารย์โทโล* กัลยารัตน์ เมธาปินันท์** วิทยา วาโย* จรรยา ศรีมุงคกุล* สุรีย์พร พงษ์พยัคฆ์* สายสุตา จันทวนา*
Sakorn Intolo,* Kunlayarat Methaapinunt,** Wittaya Wayo,* Junya Srimungkun,* Sureeporn Phongphayak*
Saisuda Janhuana*

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ขอนแก่น

*,** Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Khon Kaen Province

** Corresponding Author: kunlayarat.k@bcnkk.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังและแนวทางการชะลอการเสื่อมของไต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอนจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 แห่งในจังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI = 1) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาค ($\alpha = 0.97$) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มโดยมีคำถามกึ่งโครงสร้างและการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีการรับรู้ต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, SD = 0.75) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมมีการรับรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, SD = 0.50) ในขณะที่ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ที่น้อยที่สุด (Mean = 3.98, SD = 0.86)

Received: December 16, 2024; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025



จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การไม่ตระหนักในการรักษา และไม่ควบคุมอาหาร และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ค่านิยมการปรุงอาหาร และการขาดผู้ดูแล โดยแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และคนในชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษารังนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมในอนาคต

คำสำคัญ: การคัดกรอง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรคไตเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This mixed-methods study aimed to explore the perspectives of stakeholders involved in community-based screening for non-communicable diseases (NCDs) regarding the situation of chronic kidney disease (CKD) and strategies to slow its progression. Forty participants were selected through multi-stage random sampling from four primary healthcare units in Khon Kaen Province. The quantitative component used a questionnaire assessing perceptions of CKD in the community, with a content validity index of 1.00 and a Cronbach's alpha of 0.97. The qualitative component involved focus group discussions guided by semi-structured questions and supported by field notes. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The study revealed that, overall, stakeholders involved in the screening of non-communicable diseases (NCDs) in the community demonstrated a high level of awareness regarding the issues and current situation of chronic kidney disease (CKD), with a mean score of 4.23 (SD = 0.75). When considering specific aspects, the highest level of awareness was found in the area of CKD progression management strategies (Mean = 4.63, SD = 0.50), while awareness regarding the self-care behaviors of NCD patients was also high but exhibited the lowest mean score among the dimensions assessed (Mean = 3.98, SD = 0.86).

From the perspective of the stakeholders, the underlying causes of CKD in the community included personal factors among NCD patients—such as lack of treatment adherence and poor dietary control—as well as social factors, including culturally ingrained cooking practices and the absence of caregivers. Effective management strategies for slowing CKD progression among NCD patients comprised educational promotion activities, the provision of clear and practical guidelines, and active community participation. The findings of this study provide essential information for developing a health literacy promotion model tailored to NCD patients, with the aim of preventing or delaying CKD progression in the future.

Keywords: screening, primary care, chronic kidney disease, noncommunicable chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 697.5 ล้านคน¹ และสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 8.4 ล้านคน² นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นแล้วโรคไตเรื้อรังยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกอันดับที่ 8 และคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 5 ภายในปี พ.ศ. 2583³ จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับสถิติของประเทศไทย⁴ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น การมีสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ^{4,5} โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมมีจำนวนมากถึง 113,205 คน และร้อยละ 79.37 หรือ 89,845 คน พบว่า ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสมมีจำนวน 181,967 คน และพบว่า ร้อยละ 55.09 หรือ 100,243 คน ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มก็ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเช่นกัน⁶

ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่การรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในกลุ่มนี้ยังมีน้อย ซึ่งการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มการเกิดโรคไตเรื้อรัง และผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สถานการณ์ปัญหา

ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังได้ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น บุคลากรสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁷ โดยบุคลากรสุขภาพในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการออกแบบแนวทางการกิจกรรมที่จะส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง และมีผู้นำชุมชน และ อสม. เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งบทบาทของ อสม. เริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁸ บทบาทด้านการประสานงาน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคเพื่อช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังจึงอาจมีผลต่อความตระหนักในการปฏิบัติบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังได้⁹ ทั้งนี้การทำความเข้าใจมุมมองการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. จะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจข้อจำกัดที่จะมีผลต่อการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจมุมมองการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของผู้มีส่วนร่วมใน

การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พื้นที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ทั้งนี้การศึกษาการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงจะนำไปสู่แนวทางการสร้างความตระหนักร่วมระหว่างผู้ให้บริการทุกระดับและผู้รับบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมที่เป็นรูปธรรมโดยการมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

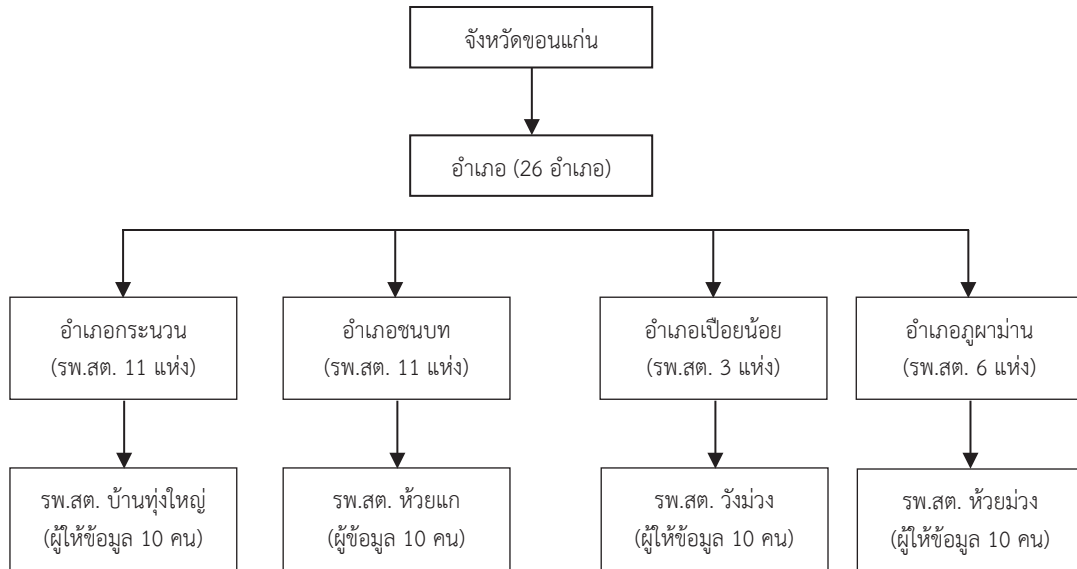
การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method)¹⁰ โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบขนาน (Concurrent design) ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน ทำการศึกษาในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ประชาชนที่มาใช้บริการ จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แสดงในแผนภาพที่ 1 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การสุ่มครั้งที่ 1 เลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ระดับอำเภอ ดำเนินการสุ่มพื้นที่ในการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 26 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอบ้านฝาง อำเภอพระยืน อำเภอหนองเรือ อำเภอชุมแพ อำเภอสีชมพู อำเภอโนนสูง อำเภออุบลรัตน์ อำเภอกระนวน อำเภอบ้านไผ่ อำเภอเปือยน้อย อำเภอพล อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย อำเภอหนองสองห้อง อำเภอภูเวียง อำเภอฆ้องชัย อำเภอชนบท อำเภอเขาสนกวาง อำเภอภูผาม่าน อำเภอคำชะโนด อำเภอโคกโพธิ์ไชย อำเภอหนองนาคำ อำเภอบ้านแฮด อำเภอโนนศิลา อำเภอเวียงเก่า ผลการสุ่ม ทำให้ได้ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกระนวน อำเภอเปือยน้อย อำเภอภูผาม่าน และอำเภอชนบท

การสุ่มครั้งที่ 2 เลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย โดยสุ่มเลือกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจากอำเภอ 4 อำเภอ อำเภอละ 1 แห่ง ซึ่งดำเนินการสุ่มเลือกตำบลตามลำดับ ดังนี้ 1) อำเภอกระนวน มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 11 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ 2) อำเภอชนบท มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 11 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก 3) อำเภอเปือยน้อย มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง และ 4) อำเภอภูผาม่าน มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 6 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยม่วง

การสุ่มครั้งที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า



แผนภาพที่ 1 ลำดับการสุ่มพื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัย ใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตอน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา และบทบาทในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน รวม 10 ข้อ แยกเป็น 3 ประเด็น คือ ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) (5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยมาก

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และนำไปทดสอบกับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.97 แล้วจึงนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่ศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 แห่ง แห่งละ 10 คน รวมจำนวน 40 คน โดยกำหนดสัดส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น 1:1:8 โดยมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 2 ครั้ง

3) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคุณสมบัติ คือ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่วิจัย ไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง 4) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 5) กรณีอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ได้คะแนนอยู่ในระดับ 0 - 5 คะแนน และประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ได้คะแนน มากกว่า 17 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามในการสนทนามุ่งมองต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พื้นที่ศึกษา จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาเชิงปริมาณ¹¹

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)¹² ดำเนินการตามขั้นตอน โดยจัดเตรียมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ด้วยการถอดเทปการสนทนากลุ่ม (Transcribed verbatim) กำหนดประเด็นวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดและเข้ารหัสข้อความ (Coding) จัดหมวดหมู่ของข้อมูล เป็นหัวข้อใหญ่ (Categories) หัวข้อย่อย (Subcategory) นำเสนอผลการวิจัยภายใต้หัวข้อแต่ละหัวข้อ โดยมีการสนับสนุนจากข้อมูลทฤษฎีภูมิและการใส่คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบ

ความเข้มงวดในการศึกษา (Rigorous)
ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้ทักษะของนักวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตระหนักถึงการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพทุกขั้นตอน มีความไวเชิงวัฒนธรรมและมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยและทีมวิจัยสามารถพูดและฟังภาษาถิ่นได้ในระดับดีมาก ช่วยให้ทีมผู้วิจัยเข้าถึงชุมชนและสร้างความไว้วางใจในการเก็บข้อมูลได้อย่างดี

2. ด้านข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลหลายวิธี คือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ตลอดจนข้อมูลจากการสังเกต และผู้วิจัยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจทานความหมายก่อนนำมาสรุปและตีความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้การชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบทจังหวัดขอนแก่น ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

รหัสโครงการ IRB-BCNKK-34-2023 ลงวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และผู้ให้ข้อมูล ลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกครั้ง รวมทั้งแจ้งสิทธิให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้วิจัยทำการ สัมภาษณ์ภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล เท่านั้น โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกยุติการให้ข้อมูล ได้โดยอิสระ และถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการ คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากัน โดยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 46 - 59 ปี

คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 30 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85 รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 10 และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 5 มากกว่าร้อยละ 60 มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผลการ ศึกษาการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรอง ภาวะสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อปัญหาและ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัญหาและสถานการณ์ โรคไตเรื้อรังในชุมชน พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังใน ชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, SD = 0.75) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแนวทางการ จัดการชะลอไตเสื่อมมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, SD = 0.50) ในขณะที่ด้านการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการรับรู้ในระดับ มาก แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ที่น้อยที่สุด (Mean = 3.98; SD = 0.86) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน (n = 40)

รายการ	Mean	SD	การรับรู้
1. ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชน	4.14	0.86	มาก
1.1 ชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น	4.19	0.88	มาก
1.2 จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มเสี่ยง ภาวะไตเสื่อม	4.24	0.80	มาก
1.3 ภาวะไตเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.22	0.84	มาก
1.4 ภาวะไตเสื่อมสามารถป้องกันได้	3.91	0.92	มาก
2. ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.98	0.86	มาก
2.1 กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักไม่สนใจการคัดกรองโรคเพราะคิดว่า ตนเองปกติดี	4.14	0.85	มาก
2.2 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากปรับพฤติกรรมตนเองได้จะลดความ เสี่ยงภาวะไตเสื่อม	4.00	0.86	มาก
2.3 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องจะป้องกันภาวะ ไตเสื่อมได้	3.80	0.88	มาก

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน (n = 40) (ต่อ)

รายการ	Mean	SD	การรับรู้
3. ด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม	4.63	0.50	มากที่สุด
3.1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อไตเสื่อม	4.63	0.46	มากที่สุด
3.2. แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมควรเน้นการให้ความรู้และสอนให้ปฏิบัติได้	4.70	0.48	มากที่สุด
3.3. ทุกคนในชุมชนมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม	4.56	0.56	มากที่สุด
โดยรวม	4.23	0.75	มาก

ส่วนที่ 2 มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน สะท้อนมุมมองความคิดเห็นต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมในชุมชน 2 ประเด็น คือ มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม (แผนภาพที่ 2)

ประเด็นที่ 1 มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ได้สะท้อนถึงการรับรู้เกี่ยวกับมูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2 ประเด็นสำคัญ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยทางสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุมมองของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีโอกาสส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดโรคไตเรื้อรังได้ในภายหลัง คือ ไม่ตระหนักในการรักษา และไม่ควบคุมอาหาร

1.1 ไม่ตระหนักในการรักษา ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ละเลยการติดตามคัดกรองโรค และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มักไม่ให้ความสำคัญต่อการติดตามการรักษาหรือไม่ใส่ใจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองตามที่บุคลากรสุขภาพ

แนะนำ โดยมักจะคิดว่ารับประทานยาทุกวัน การฉีดยาควบคุมน้ำตาลทุกวัน เป็นการลดระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร บางคนคิดว่ายาฉีดสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ายารับประทาน จึงไม่ได้คิดว่าการเปลี่ยนจากการรับประทานยาเป็นการฉีดยาเป็นประเด็นสำคัญ และมีความคิดว่าการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะไตเสื่อม ภายหลังจากโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช่จะเกิดขึ้นกับทุกคน คนที่โชคร้ายเท่านั้นที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

“เขาเรียกว่าไม่เห็นโรคที่ไม่หลั่งน้ำตาล ถ้าไม่อาการหนักล้มหมอนนอนเสื่อ คนที่เริ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน เสี่ยงต่อความดัน แค่อัดกรองเบาหวาน ความดันฟรี ก็ไม่สนใจ บอกว่าเสียเวลาในการทำงานจะไปตรวจทำไมไม่ได้เป็นอะไรสักหน่อย” (MHV-F3-1)

“คงเป็นเรื่องการไม่ใส่ใจ ไม่ตระหนัก ไม่กลัวความรุนแรงของโรค บางคนคิดว่าการฉีดยา คือ ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ากินยา เวลาเราแนะนำเพื่งก็จะบอกว่า โรคไตวายมันคงไม่เกิดกับทุกคนหรอกเพื่งมีหลายโรคเพื่งเลยเป็น เราเป็นเบาหวานอย่างเดียวยังไม่เป็นหรอก” (CG-F2-3)

1.2 ไม่ควบคุมอาหาร ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงประเด็น การไม่ควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจนส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังโดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมองประเด็นการควบคุมอาหารเป็นเรื่องไม่สำคัญเพราะคิดว่าได้รับยาเพื่อการรักษาอยู่แล้ว และการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง

จะช่วยให้มีกำลังแรงงานในการประกอบกิจกรรมหรือการทำงาน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมักจะใส่ใจควบคุมอาหารในช่วงก่อนวันที่แพทย์นัด เนื่องจากไม่ต้องการเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับภายหลังการตรวจตามนัดแต่ละครั้ง ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการไม่ควบคุมอาหารดังนี้

“จากที่สังเกตบางคนเป็นเบาหวาน ความดันมาหลายสิบปี แต่ก็ไม่ปรับพฤติกรรมตนเองเพิ่มมักจะบอกว่า ไม่ตายเพราะเบาหวานความดันหรอก แต่จะตายเพราะคะลำกิน (ควบคุมอาหาร) นีละ กินนั้นก็ไม่ได้ กินนี้ก็ไม่ได้ เลยจะกินอะไรไม่ได้เลย” (VH-F1-1)

“บางคนก็รู้จะเป็นเบาหวาน กินของหวานไม่ได้ แต่ปากมันอยากกิน ขอให้ได้ชิม แต่พอชิมได้ ก็ขอเพิ่มปริมาณขึ้นเล็กน้อย พอเพิ่มบ่อยๆ ก็เลยคุมน้ำตาลไม่อยู่เลยทีนี้” (VH-M4)

“บางคนก็ชอบพูดว่า ช่วงกินได้ก็ให้กินเถอะ เบาหวานไม่ได้สูงมาก เดียวกินยากก็ลงไม่กินตอนนี้พอตอนป่วยหนักๆ ก็ไม่สามารถกินอะไรได้ ดังนั้นอยากกินก็กินเลย” (CG-F2-1)

2. ปัจจัยทางสังคม มุมมองของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยค่านิยมการปรุงอาหาร และการขาดผู้ดูแล

2.1 ค่านิยมการปรุงอาหาร ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความสำคัญของค่านิยมการประกอบอาหารที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยกตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารที่มีปลาร้าเป็นองค์ประกอบหรือการใช้ปลาร้าเป็นเครื่องปรุงรสอาหาร ซึ่งถือเป็นวิถีการปฏิบัติจากอดีตจนถึงปัจจุบันของคนในชนบทอีสาน ตลอดจนค่านิยมในการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรส ซึ่งมีสารโซเดียมสูงตามทฤษฎีเป็นองค์ประกอบ

อีกทั้งการซื้ออาหารสำเร็จรูปตามร้านอาหารทั่วไป แทนการประกอบอาหารรับประทานเอง ซึ่งร้านอาหารส่วนใหญ่จะนิยมปรุงรสด้วยผงปรุงรสหรือผงชูรสเป็นหลัก ประเด็นนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย

“บางสิ่งบางอย่างมันเป็นวิถีทางวัฒนธรรม เช่น กินปลาร้า พอเราจะไปแนะนำให้ลดปริมาณ หรือหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยปลาร้า มันก็คงยากเพราะเขาปฏิบัติแบบนี้มานานแล้ว” (HP-M2)

“แม่ค้าบ้านเรา เขาชอบปรุงอาหารด้วยผงชูรส หรือผงปรุงรส เพราะความนิยมเชื่อที่ปฏิบัติตามกันมา ถ้าได้มากก็จะทำให้รสชาติอาหารดีขึ้น คนซื้อก็จะติดใจ เลยกลายเป็นว่าคนทั่วไปนิยมชมชอบการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรสถึงแม้จะรู้ว่ามันผลต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ยังทำเช่นเดิมเป็นอะไรที่เปลี่ยนแปลงยาก” (VH-F1-2)

2.2 การขาดผู้ดูแล มุมมองของผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนประเด็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือ การขาดผู้ดูแลในครอบครัวในการติดตามกำกับดูแลในประเด็น การรับประทานยา การประกอบอาหารที่สอดคล้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือการดูแลในกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ย่อมได้รับผลกระทบต่องานการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นได้

“บางคนอยู่คนเดียว ไม่มีใครดูแล ไม่มีคนควบคุมกำกับเกี่ยวกับการกินยา การกินอาหาร ก็เลยเกิดอาการรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนได้ง่าย” (CG-F1-4)

“ยาย ก เป็นอยู่คนเดียว เป็นเบาหวานมานาน เวลาจะไปหาหมอตามนัดก็จะค่อนข้างลำบาก เป็นเบาหวานแต่ก่อนกินยา แต่พอปรับมาฉีดยา แก่ก็ฉีดบ้างไม่ฉีดบ้าง ตอนนี้เลยกลายเป็นไตรระยะสุดท้ายแล้ว” (VHV-F3-3)

“ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังก็น่าเป็นห่วง เวลาไม่สบาย อาการไม่ดี ถ้าไม่มีใครเห็นก็จะทำให้ เข้าถึงบริการสุขภาพไม่ทันเวลา ชุมชนเรามีระบบ รถบริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยของ อบต. แต่ถ้าเพิ่นไม่มี โทรศัพท์เรียก หรือไม่มีคนช่วยเรียกให้ มันก็ไปไม่ทันเวลานะ” (HP-M2)

ประเด็นที่ 2 แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน ได้เสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ ผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนถึงรูปแบบการส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อมที่จะได้ผลดี ต้องเน้นให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองด้วยความเข้าใจตามมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยการส่งเสริมความรู้ควรเน้นการแลกเปลี่ยนมุมมองและความรู้ระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ คู่มือแนวทางการปฏิบัติ และรูปแบบกิจกรรม ควรกระตุ้นให้สามารถปฏิบัติได้จริง

“ผู้ป่วยต้องรู้วิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การให้ความรู้แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ท้ง่าย แต่ยากที่จะเห็นผลในระยะสั้น แต่ถ้าเราสร้างความเข้าใจให้กับเขา ให้เขาได้ไตร่ตรองและนำความรู้ไปใช้ตามความเข้าใจของเขา มันจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ต้องเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมองเป็นสำคัญ” (VH-F2)

“การให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรม ได้สะท้อนความรู้สึกบ้างก็จะดีมาก บางที่เราใช้มุมมองของผู้ให้บริการไปตัดสินความคิดของผู้ป่วยมากจนเกินไป ซึ่งมันอาจทำให้เราได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยน้อย” (HP-M3)

2. มีคู่มือการปฏิบัติ การจะส่งเสริมการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ จำเป็นต้องมีแนวทางการประกอบการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติในรูปแบบ

ของคู่มือ ซึ่งควรเน้นเนื้อหาที่ชัดเจน กระชับและเข้าใจง่าย ผู้ป่วยสามารถเปิดอ่านศึกษาได้ด้วยตนเอง ทุกเวลาทุกสถานการณ์

“ถ้ามีหนังสือ มีคู่มือ หรือตัวอย่างอะไรให้ดู ผู้ป่วยก็จะได้มีแนวทางในการฝึกการปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อต้องอยู่ลำพัง ซึ่งคู่มือควรเป็นภาษาที่สามารถอ่านเข้าใจง่าย” (VHV-F4-3)

“บางทีเวลาคุณหมอสอนมันก็เข้าใจอยู่นะคะตอนที่สอน แต่พอคุณหมอกลับไปแล้วนี้แหละมันจะลืม ยิ่งเป็นผู้สูงอายุยิ่งหลงลืมง่าย ถ้ามีคู่มือแจกให้ มีสรุปเนื้อหาตามที่คุณหมอสอน มีรูปประกอบ ก็จะได้ทบทวนอ่านเพิ่มเติม ทำตามคู่มือด้วยตัวเอง แบบนี้น่าจะดี” (VHV-F3-4)

“การให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรม สนุกสนานด้วยกัน ก็จะช่วยกระตุ้นความสนใจได้ดี ทำให้กิจกรรมการเรียนรู้การส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อมไม่น่าเบื่อจนเกินไป” (HP-M3)

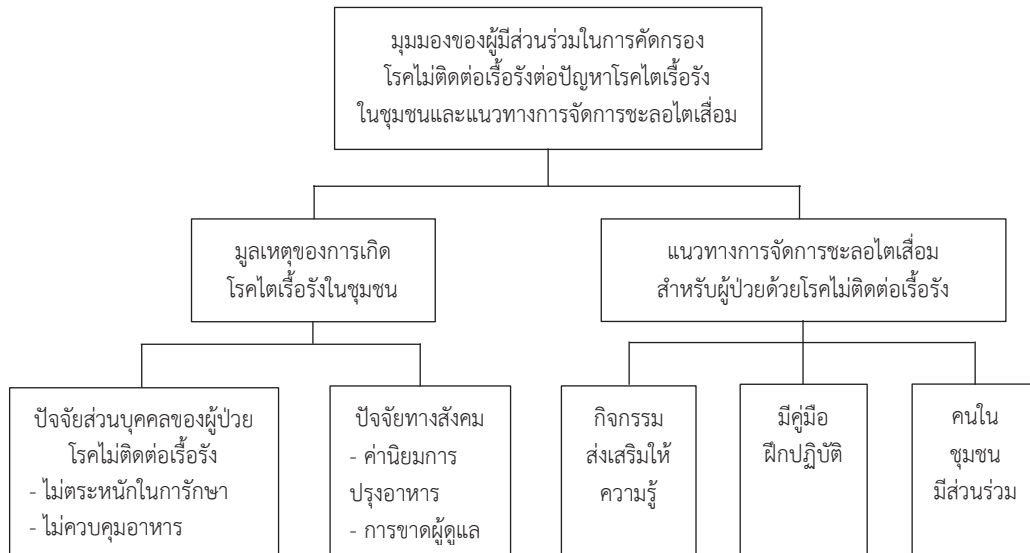
3. คนในชุมชนมีส่วนร่วม มุมมองความคิดเห็นที่สะท้อนถึงการเกิดความยั่งยืนของการส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อม และจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคือการที่คนในชุมชนเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของคนที่ในชุมชน โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ สมาชิกในครอบครัว อีกทั้งปัจจัยด้านค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น ค่านิยมในการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรสหรือผงปรุงรส การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนในการคัดกรองโรคในชุมชน เช่น อสม. ด้วย อสม. คือ บุคคลกลุ่มแรกที่เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จึงมีส่วนสำคัญในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพและการประสานงานที่สำคัญ ตลอดจนคนในชุมชนที่มีส่วนในการสร้างค่านิยมต่างๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติของคนในชุมชน เช่น การสร้างค่านิยมใหม่ในการปรุงอาหารที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

“ทำอะไรถ้าใช้การมีส่วนร่วมของคนที่เกี่ยวข้องมันจะเกิดผลที่ดีและอยู่ได้นาน เช่น ถ้าเราให้คนในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและตรวจสอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เขาอยู่ใกล้ชิดเขาจะทำได้ดีกว่าเรา” (HP-F2)

“โดยปกติคนบ้านเราใส่ใจดูแลกัน คอยอยู่ค่ะ เวลาใครป่วยก็ไปเยี่ยมยามถามข่าวกัน ถ้ามี

กิจกรรมส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลกัน ทำอะไรก็ทำด้วยกันเป็นแนวทางเดียวกัน ก็น่าจะพอทำได้” (VH-F2-1)

“เราเคยสำรวจเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารตามร้านค้าในชุมชน เขาก็ให้ความร่วมมือในการสำรวจนะ ถ้าเราจะตั้งข้อตกลงร่วมกันก็น่าจะมีความเป็นไปได้ ถ้าคนในชุมชนเห็นดีเห็นงามด้วยกัน การแก้ไขปัญหาก็คงทำได้” (VH-F3-1)



แผนภาพที่ 2 มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมเป็นอันดับแรก ด้วยเพราะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹³ จากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานทำให้ทราบแนวโน้ม

ของปัญหาโรคไตที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังพบของ อสม. ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชะลอไตเสื่อมในปัจจุบันอาจยังไม่มี ความชัดเจนมากนัก แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจึงเป็นประเด็นที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนใจและให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมควรส่งเสริมให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหา

การจัดการชะลอไตเสื่อมร่วมกัน และ อสม. คือ บุคคลสำคัญที่ต้องมีส่วนร่วม เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้ง่าย และมีส่วนสำคัญในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และการประสานงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ยังให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชนและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในลำดับรองลงมา ด้วยทั้ง 2 ประเด็นเป็นปัญหาที่มองโดยภาพรวม ในส่วนการรับรู้ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชนเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีสถานภาพสมรสจึงตระหนักถึงปัญหาโรคไตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้¹⁴ ส่วนการรับรู้ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในระดับมากมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นมูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ระบุถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว คือ การไม่ตระหนักในการรักษาและไม่ควบคุมอาหาร อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ ค่านิยมการปรุงอาหาร ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของคนในชุมชนได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharif, Amital, & Shoenfeld¹⁵ ที่กล่าวว่าอาหารประจำถิ่นของแต่ละภูมิภาคมักจะส่งผลให้การบริโภคโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไปมาตรฐานกำหนดและนำไปสู่การเกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้อาจมีมูลเหตุบางประการที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณโซเดียมได้ เช่น ความสะดวกของคนประกอบอาหารสำหรับครอบครัว ซึ่งมักจะประกอบอาหารชนิดเดียวและรับประทานทั้งครอบครัว¹⁶ ปัญหาการขาดผู้ดูแลเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่อยู่ลำพังมักเป็นผู้สูงอายุ และปัญหาที่พบ

คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า เนื่องจากการขาดคนดูแลช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย และเมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนการรักษา เช่น การเปลี่ยนรูปแบบการบริหารยาจากการรับประทานยาเบาหวานเป็นการฉีดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และมักเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนตามมา จะเห็นได้ว่า การขาดผู้ดูแลเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ และยังมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยทำให้รู้สึกหดหู่ ขาดที่ปรึกษาหรือคนพูดคุยที่คอยดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹⁷

มุมมองความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้สะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะการรักษาต่อเนื่องและการไม่ควบคุมอาหาร จึงมีโอกาสที่จะเกิดไตเสื่อมได้ง่าย โดยการส่งเสริมให้ความรู้ต้องมุ่งเน้นและควรดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีคู่มือหรือเอกสารเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคม นั่นคือ การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน จากผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมที่สอดคล้องกับมุมมองความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy model)¹⁸ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถส่งเสริมทักษะทางด้านปัญญาและทักษะทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการกำหนดแรงจูงใจของตนเองเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้ทางด้านสุขภาพไปใช้ในการแนะนำบุคคลอื่นๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัย ไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น พยาบาลชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข

ควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองสุขภาพควรเน้นการให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการคัดกรองโรคเพื่อส่งเสริมความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาต่อยอดจากผลการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาในการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Carney EF. The impact of chronic kidney disease on global health. *Nat Rev Nephrol* 2020;16(5):251.
2. Jantacumma N, Padoungpattanakul S, Kaewsarn P. Effects of the health screening and communication capacity building program of village health volunteers in preventing chronic kidney disease. *Journal of Health and Nursing Research* 2024;40(2):113-25. (in Thai).
3. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392(10159):2052-90.
4. Mongkolsrisawat C. The effectiveness of a health education program for the care of chronic kidney disease patients at the kidney clinic at Phu Pha Man Hospital, Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal* 2020;13(2):485-91. (in Thai).
5. The Nephrologist Society of Thailand. Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before kidney replacement therapy, 2015. [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>. (in Thai).
6. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Women and other risk factors for chronic kidney disease of unknown etiology in Thailand: National Health Examination V Survey. *Sci Rep* 2021;11(1):21366.

7. Thanirat S, Radaburt M, Wichainrat S, Sumawan W. Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research* 2021;15(3):83-94. (in Thai).
8. Intolo S. The integrated stroke preventive care services for older persons. *RTN Med J* 2020;47(3):687-703. (in Thai).
9. Singkum S, Chumnaborirak P. The community health network for improving quality of care for patients with chronic renal disease. *Maharakham Hospital Journal* 2019;16(3):149-58. (in Thai).
10. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2018.
11. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res* 1991;40(2):120-3.
12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15(9):1277-88.
13. Surawatakul S, Laorat S, Dermtamrum L. Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District. *Academic Journal of Maharakham Provincial Public Health Office* 2020;4(7):129-43. (in Thai).
14. Chuengsaman P, Kasemsup V. PD first policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patients with end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 2017;37(3):287-95. (in Thai).
15. Sharif K, Amital H, Shoenfeld Y. The role of dietary sodium in autoimmune diseases: the salty truth. *Autoimmun Rev* 2018;17(11):1069-73.
16. Ruaisungnoen W, Saensom D, Methakanjanasak N, Daenseekaew S, Chaiyapoom N, Khanthamoon R, et al. High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(3):242-50. (in Thai).
17. Duanphon S, Phajan T, Srimuang P. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among patients with diabetes mellitus and hypertension at Ban Kha Yai Tambon Health Promoting Hospital, Chaturaphak Piman District, Roi Et Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(34):142-57. (in Thai).
18. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072-8.