

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Associated with Renal Complications in Patients with Diabetes and Hypertension at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani Province

จุฑาทิพย์ หลงชิน¹, พลากร สืบสำราญ¹, ปวีณา ลิ้มปิทีปการ^{1*}

Juthathip Longchin¹, Phalakorn Suebsamran¹, Pawena Limpiteeprakan^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย 350 ราย สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกัน มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.71-0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ นำเสนอผลด้วย Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า 26% ของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดย 50.6% มีระดับการรับรู้ส่วนบุคคลระดับมาก 81.7% รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนระดับมากที่สุด และ 34% รับรู้อุปสรรคในการป้องกันระดับน้อยที่สุด นอกจากนี้ 80.9% ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และ 68.6% มีพฤติกรรมการป้องกันระดับดี อย่างไรก็ตาม พบว่าพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงคือการรับประทานอาหาร (35.4%) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (OR_{adj} = 0.13, 95%CI: 0.03-0.59) อายุ (OR_{adj} = 0.15, 95%CI: 0.03-0.71) รายได้ต่อเดือน (OR_{adj} = 0.56, 95%CI: 0.12-0.56) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค (OR_{adj} = 8.81, 95%CI: 2.54-30.53) และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต (OR_{adj} = 0.02, 95%CI: 0.00-0.07) ผลวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาวได้

คำสำคัญ: โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, ภาวะแทรกซ้อนทางไต, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Citation:

Longchin J, Suebsamran P, Limpiteeprakan P. Factors associated with renal complications in patients with diabetes and hypertension at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani Province. Health Sci J Thai 2025; 7(1): 1-11 (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v7i1.267758>

¹ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34190

¹ College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University Ubon Ratchathani, 34190, Thailand

* Corresponding author: Email: pawena.l@ubu.ac.th, Tel: 0897818646
Received: Feb 12, 2024; Revised: Jul 22, 2024; Accepted: Jul 22, 2024
<https://doi.org/10.55164/hsjt.v7i1.267758>

Abstract

This research aims to study factors associated with kidney complications in diabetes and hypertension patients at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 350 patients, selected through multi-stage sampling. Research tools included questionnaires on knowledge, personal perceptions, social support, and preventive behaviors, with reliability between 0.71-0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regressions, presenting results with Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) and 95% confidence intervals at a 0.05 significance level. Results showed 26% of patients had kidney complications, with 50.6% having high personal perception levels, 81.7% perceiving complication severity as very high, and 34% perceiving prevention barriers as very low. Additionally, 80.9% received high social support, and 68.6% had good preventive behaviors. However, dietary behavior needed improvement (35.4%). Factors significantly associated with kidney complications were gender ($OR_{adj} = 0.13$, 95%CI: 0.03-0.59), age ($OR_{adj} = 0.15$, 95% CI: 0.03-0.71), monthly income ($OR_{adj} = 0.56$, 95%CI: 0.12-0.56), time since diagnosis ($OR_{adj} = 8.81$, 95%CI: 2.54-30.53), and preventive behaviors ($OR_{adj} = 0.02$, 95%CI: 0.00-0.07). This research can be applied in chronic disease clinics of healthcare facilities with similar contexts to prevent and delay long-term kidney deterioration.

Keywords: Diabetes and Hypertension, Renal complications, Preventive behavior, Non-communicable diseases

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases หรือ NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ.2016 พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก⁽¹⁾ในประเทศไทยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายโดยเฉพาะโรคไต⁽²⁾ โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในการทำงานหรือโครงสร้างของไตนานเกิน 3 เดือน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถฟื้นฟูได้ เนื่องจากไตถูกทำลายอย่างถาวร ตัวบ่งชี้ของไตที่ถูกทำลาย คือ การรั่วของโปรตีนและอัลบูมินในปัสสาวะ การแบ่งระยะของโรคไตทำได้ตามระดับอัตราการกรองของเสียที่ไตหรือ Glomerular filtration rate (GFR) เป็น 5 ระยะ ตั้งแต่ระยะที่อัตราการกรองของหน่วยไตปกติหรือลดลงเหลือมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล./นาที/1.73 ม.² ⁽³⁾ไปจนถึงน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ม.² ปัจจุบันพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังถึงร้อยละ 17.5 ของประชากรที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ เนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่มีการผิดปกติ จึงมักตรวจพบเมื่ออาการรุนแรงแล้ว การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 1.9 และ 1.6 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเป็นโรคไตวาย ดังนั้น การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการปรับ

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ลดภาระของระบบบริการ ลดค่าใช้จ่าย และชะลอความเสื่อมของไตได้

จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 40,157 คน โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2561 - 2563 เท่ากับ ร้อยละ 8.08 9.55 และ 9.80 คน ตามลำดับและในปีพ.ศ.2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 24,711 คน โดยแบ่งเป็นระดับ 3 จำนวน 10,840 คน ระดับ 4 จำนวน 9,065 คน และระดับ 5 จำนวน 4,806 คน ตามลำดับ⁽⁴⁾ สำหรับในอำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโขงเจียม ในปี พ.ศ. 2561-2563 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 319, 382 และ 406 คน และจากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 434 คน โดยแบ่งเป็นระดับ 3 จำนวน 280 คน ระดับ 4 จำนวน 111 คน และระดับ 5 จำนวน 42 คน ตามลำดับ⁽⁵⁾

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม เผยให้เห็นถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่หลากหลายของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้โรคดำเนินไปอย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงภาวะการทำงานของไตที่แย่ลง ความเข้าใจผิด

เกี่ยวกับยาที่รับประทานว่าเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง นำไปสู่การหยุดยาและแสวงหาทางเลือกอื่น เช่น อาหารเสริมหรือสมุนไพรต้ม นอกจากนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่จำกัดปริมาณและการใช้เครื่องปรุงรสเค็ม ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่คุ้นเคยและต้องรับประทานร่วมกับครอบครัว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพ ผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสม ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน และแม้จะทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตที่อาจเกิดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทางไตพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไรก็ตาม ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและข้อจำกัดของการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษารั้งนี้จะช่วยทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม รวมถึงโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตลอดจนใช้ในการติดตาม ดูแล และประเมินการรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อันจะนำไปสู่การป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระทางสาธารณสุขในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ปัจจัยการรักษา การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกัน โดยมีตัวแปรตามคือการเกิดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต รายละเอียดดังภาพที่ (Figure) 1

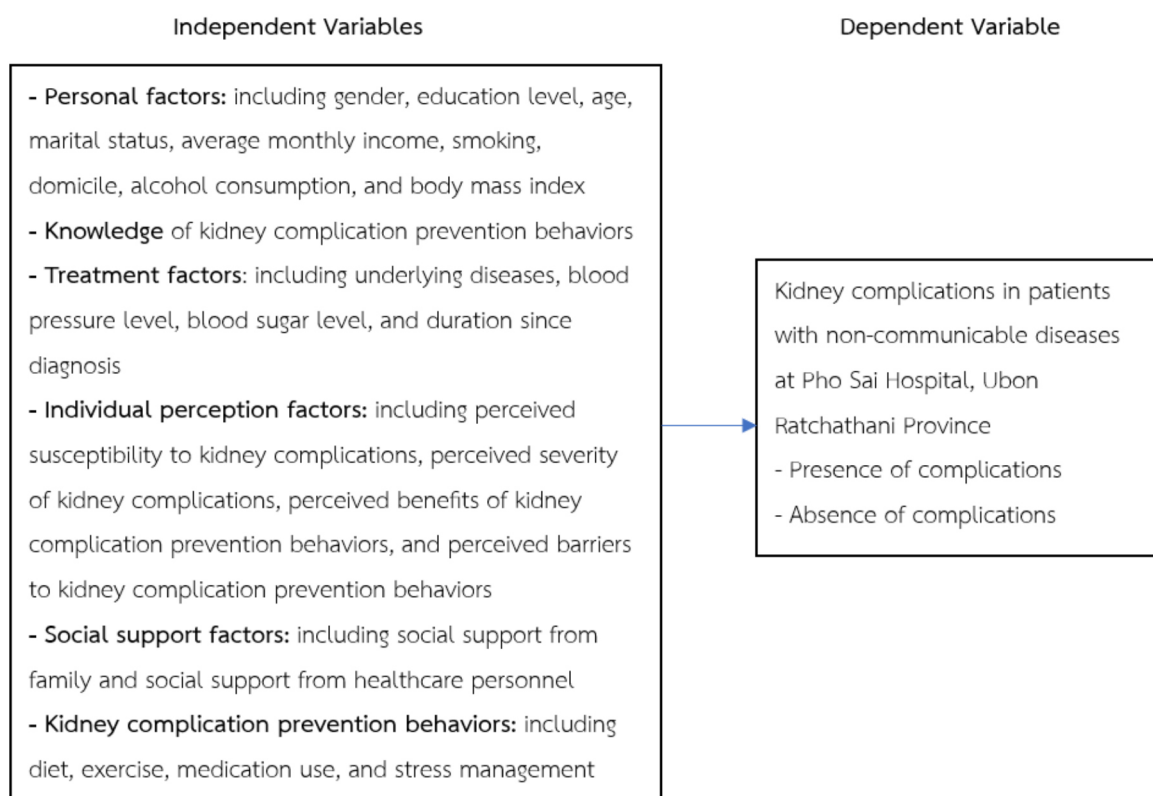


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรและขนาดตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 3,805 คน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากชุดข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านสุขภาพ (Version 2.0, 1 ตุลาคม 2557) กระทรวงสาธารณสุข ส่งออกแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรมระบบงานบริการ (Hospital information system: HIS) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับ Multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, Effect size เท่ากับ 0.20 และค่า Power เท่ากับ 0.80⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 318 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Questionnaire) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยของวิภาดา วรโพธิ์⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการรักษา จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ภูมิลำเนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าอัตราการกรองของไต ปริมาณไข่ขาวในปัสสาวะ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต โดย เป็นข้อคำถามแบบถูกและผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การประเมินระดับความรู้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของบลูม⁽⁹⁾ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-8 หมายถึงความรู้อยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) คะแนน 9-11 หมายถึงความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และคะแนน 12-15 หมายถึงความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ส่วนบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนทางไต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกันระหว่างข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ กล่าวคือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ในขณะที่ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม การแปลผลระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และระดับสูง (19-25 คะแนน) ซึ่งคำนวณจากช่วงการวัดที่เท่ากับ 7 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแต่ละระดับสะท้อนถึงความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรม ตั้งแต่ "เป็นประจำ" (6-7 ครั้ง/เดือน) จนถึง "ไม่เคยเลย" การให้คะแนนเรียงจาก 5 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ) ถึง 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติเลย) การแปลผลระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (5-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-18 คะแนน) และระดับสูง (19-25 คะแนน) ซึ่งคำนวณจากช่วงการวัดที่เท่ากับ 7 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต ระดับความรู้ในการปฏิบัติตามข้อความนั้น 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการจัดการกับความเครียด ตั้งแต่ "ปฏิบัติเป็นประจำ" (6-7 ครั้ง/เดือน) จนถึง "ไม่เคยปฏิบัติเลย" การให้คะแนนเรียงจาก 5 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ) ถึง 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติเลย) แปลผลภาพรวม เป็น 2 ระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม⁽⁹⁾ ได้แก่ ระดับไม่ดี (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 หรือ 0-19 คะแนน) และระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 20-25 คะแนน)

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีองค์ความรู้เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ไม่ได้อยู่ในเขตพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์แล้วได้ค่า KR-20 ของความรู้เท่ากับ 0.71 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของการรับรู้ส่วนบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.74 แรงสนับสนุนทางสังคม 0.80 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

เพื่อค้นหารายชื่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสำรวจข้อมูลจากเวชระเบียนและสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยได้จัดอบรมเพิ่มความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมถึงการใช้เครื่องมือแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 50 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยแกนนำร่วมวิจัยใช้เวลาสอบถามกลุ่มตัวอย่างคนละ 30 นาที จนครบ 350 คน หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-108/2565 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยรับประกันว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการระบุหรือเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่อใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติ Univariable logistic regression และพิจารณาปัจจัยเข้าสมการโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.50 และนำตัวแปรวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression) นำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี enter นำเสนอโดยใช้ค่า Odds Ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95%CI)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยการรักษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุดร้อยละ 54.9 มีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 3,000 บาท (IQR = 3,500) การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 73.4 ภูมิลำเนานอกเขต ร้อยละ 80.9 ดัชนีมวลกาย 25.00-29.99

(อ้วนระดับที่ 1) ร้อยละ 33.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.1 และไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.9 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 66.0 ระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 56.3 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 49.3 ค่าอัตราการกรองของไตปกติ ร้อยละ 74.3 ปริมาณไข่ขาวในปัสสาวะปกติ ร้อยละ 71.4 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.7 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค 9.62 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 26.0

การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.1 มีคะแนนเฉลี่ย 10.5 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.26 คะแนนต่ำที่สุดคือ 5 คะแนน และคะแนนสูงที่สุดคือ 15 คะแนน ด้านการรับรู้ส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้เท่ากับ 75.5 คะแนน (IQR = 12) คะแนนต่ำสุด 55 คะแนน และคะแนนสูงสุด 100 คะแนน เมื่อพิจารณาแบ่งระดับการรับรู้ตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 49.4 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 81.7 รองลงมาคือด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 76.9 ตามลำดับ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานคะแนนการได้รับการสนับสนุนเท่ากับ 44 คะแนน (IQR = 9) คะแนนต่ำสุด 24 คะแนน และคะแนนสูงสุด 50 คะแนน เมื่อพิจารณาแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 14.3 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 86.6 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร้อยละ 82.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานคะแนนการพฤติกรรมเท่ากับ 81 คะแนน (IQR = 6) คะแนนต่ำสุด 54 คะแนน และคะแนนสูงสุด 95 คะแนน เมื่อพิจารณาแบ่งระดับการรับรู้ตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.6 และพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 31.4 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในด้านการใช้ยา ดีมากที่สุด ร้อยละ 77.4 ดังแสดง ในตารางที่ 2

Table 1 The number and percentage of the sample classified by level of knowledge, personal perception, and social support (n = 350)

Parameter	Number (Percent)		
	High	Medium	Low
Knowledge about behaviors to prevent kidney complications	135 (38.57)	144 (41.14)	71 (20.28)
Mean ± SD (Min: Max)	10.54 ± 2.26 (5: 15)		
Personal perception			
The risk of kidney complications	269 (76.86)	81 (23.14)	0 (0.00)
Severity of kidney complications	286 (81.71)	63 (18.00)	1 (0.29)
Benefits of the practice to prevent kidney complications	204 (58.29)	141 (40.28)	5 (1.43)
Barriers to practice to prevent kidney complications	119 (34.00)	166 (47.42)	65 (18.57)
Overall personal perception	177 (50.57)	173 (49.43)	0 (0.00)
Median ± IQR (Min: Max)			
Social support			
Receiving social support from family	290 (82.86)	58 (16.57)	2 (0.57)
Receiving information from public health officers	303 (86.57)	44 (12.57)	3 (0.86)
Overall social support	300 (85.72)	50 (14.28)	0 (0.0)
Median ± IQR (Min: Max)			

Table 2 The level of behavior to prevent kidney complications (n = 350)

Behavior to prevent kidney complications	Number (Percent)	
	Good	Not good
Eating behavior	226 (64.57)	124 (35.43)
Exercise behavior	233 (66.57)	117 (33.43)
Drug use behavior	271 (77.43)	79 (22.57)
Stress management	245 (70.00)	105 (30.00)
Overall behavior to prevent kidney complications	240 (68.57)	110 (31.43)
Median ± IQR (Min: Max)	81.0 ± 6 (54.0: 95.0)	

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนไตทางในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง ร้อยละ 87 เมื่อเทียบกับเพศชาย ($OR_{adj} = 0.13$, 95% CI: 0.03-0.59) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง ร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ($OR_{adj} = 0.15$, 95% CI: 0.03-0.71) ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง ร้อยละ 44 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ($OR_{adj} = 0.56$, 95% CI: 0.12-0.56) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค 10 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 11.17 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี ($OR_{adj} = 11.17$,

95% CI: 2.79-44.71) และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตระดับดี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง ร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ดี ($OR_{adj} = 0.02$, 95% CI: 0.00-0.08) ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม มีความชุกของการมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 26 หรือประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งพบความชุกต่ำกว่าการศึกษาในผู้ป่วยที่มาบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีความชุกสูงกว่าร้อยละ 42.9⁽⁸⁾ พบว่าความชุกในการศึกษาครั้งนี้มีความชุกสูงกว่าประเทศจีน (ร้อยละ 20.4) ต่ำกว่าประเทศญี่ปุ่น (ร้อยละ 39.8) เกาหลีใต้ (ร้อยละ 27.7) ไต้หวัน (ร้อยละ 30.2)⁽¹¹⁾ และประเทศอินเดีย (ร้อยละ 41.0)⁽¹²⁾

Table 3 The relationship between personal factors and kidney complications by multivariable logistic regression

Factors	Complications, n (%)		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR	95% CI	p-value
	Yes (91, 26.0)	No (259, 74.0)				
Sex						
Male	32 (24.2)	100(75.8)	Ref.	Ref.		
Female	59 (27.1)	159 (72.9)	0.82 (0.52-1.41)	0.13	0.03-0.59	0.008
Age						
≤ 60 years	14 (8.9)	144 (91.1)	Ref.	Ref.		
> 60 years	77 (40.1)	115 (59.9)	0.14 (0.07-0.27)	0.15	0.03-0.71	0.017
Income (per month)						
≤ 3,000 baht	52 (32.1)	110 (67.9)	Ref.	Ref.		
> 3,000 baht	39 (20.7)	149 (79.3)	1.80 (1.11-2.92)	0.56	0.12-0.56	0.012
Education						
Primary school	79 (29.7)	187 (70.3)	1.58 (0.20-121)	0.44	0.01-12.13	0.634
Secondary school	11 (16.2)	57 (83.8)	0.34 (0.41-2.89)	0.60	0.01-22.38	0.782
Bachelor	1 (6.25)	14 (93.75)	Ref.	Ref.		
Status						
Single	9 (33.33)	18 (66.67)	Ref.	Ref.		
Married	55 (21.4)	202 (78.6)	1.83 (0.78-4.31)	0.40	0.04-4.00	0.437
Divorced/Separate	27 (40.9)	39 (59.1)	0.72 (0.28-1.84)	0.28	0.02-3.42	0.323
Hometown						
Inbound	18 (26.9)	49 (73.1)	Ref.	Ref.		
Outbound	73 (27.8)	210 (72.2)	1.05 (0.57-1.93)	0.35	0.05-2.09	0.250
BMI (kg/m ²)						
Abnormal	49 (22.4)	170 (77.6)	0.58 (0.36-0.95)	1.29	0.39-4.25	0.666
Normal	42 (32.1)	89 (67.9)	Ref.	Ref.		
Smoking						
Smoke	13 (28.9)	32 (71.1)	Ref.	Ref.		
Not smoke	78 (25.6)	227 (74.4)	0.84 (0.42-1.89)	0.19	0.02-1.32	0.094
Alcohol consumption						
Drinking	15 (18.5)	66 (81.5)	Ref.	Ref.		
No drinking	76 (28.3)	193 (71.7)	1.73 (0.93-3.22)	0.27	0.05-1.41	0.122
Congenital disease						
Hypertension						
Yes	58 (25.1)	173 (74.9)	0.87 (0.53-1.44)	1.83	0.32-10.37	0.491
No	33 (27.7)	86 (72.3)	Ref.	Ref.		
Hypercholesterolemia						
Yes	11 (26.2)	31 (73.8)	Ref.	Ref.		
No	80 (26.0)	228 (74.0)	0.98(0.47-2.05)	0.17	0.02-1.21	0.077
Diabetes						
Yes	51 (30.5)	116 (69.5)	0.63 (0.30-1.02)	0.39	0.07-2.03	0.266
No	40 (21.9)	143 (78.1)	Ref.	Ref.		

Table 3 The relationship between personal factors and kidney complications by multivariable logistic regression (Continued)

Factors	Complications, n (%)		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR	95% CI	p-value
	Yes (91, 26.0)	No (259, 74.0)				
Heart disease						
Yes	2 (22.2)	7 (77.8)	Ref.	Ref.		
No	89 (26.1)	252 (73.9)	1.23 (0.25-1.06)	6.02	1.05-10.25	0.349
Others disease						
Yes	3 (50.0)	3 (50.0)	Ref.	Ref.		
No	88 (25.6)	256 (74.4)	0.34 (0.06-1.73)	2.93	0.16-51.62	0.463
Fasting blood sugar (mg %)						
Not examined	42 (23.2)	139 (76.8)	1.01 (0.42-2.41)	3.25	0.34-31.23	0.306
Abnormal	41 (30.4)	94 (69.6)	0.70 (0.29-1.68)	0.37	0.03-3.99	0.416
Normal	8 (2.4)	26 (97.6)	Ref.	Ref.		
Blood pressure (mmHg)						
Abnormal	85 (59.5)	60 (40.5)	Ref.	Ref.		
Normal	6 (2.9)	199 (97.1)	0.82 (0.56-2.10)	0.60	0.14-2.49	0.483
Duration of chronic kidney disease						
≤ 10 years	25 (12.8)	170 (87.2)	0.19 (0.11-0.33)	11.17	2.79-44.71	0.001
>10 years	66 (42.6)	89 (57.4)	Ref.	Ref.		
Knowledge						
High	29 (31.9)	106 (40.9)	0.64 (0.37-1.10)	0.93	0.15-5.52	0.944
Medium	43 (47.3)	101 (39.0)	0.74 (0.38-1.45)	0.30	0.07-1.26	0.103
Low	19 (20.9)	52 (20.1)	Ref.	Ref.		
Personal perception						
High	46 (26.0)	131 (74.0)	1.06 (0.65-1.70)	0.40	0.10-1.53	0.184
Medium	45 (26.1)	128 (73.9)	Ref.	Ref.		
Social support						
High	71 (25.1)	212 (74.9)	7.78 (0.43-1.41)	4.10	0.80-20.84	0.089
Medium	20 (29.9)	47 (70.1)	Ref.	Ref.		
Behaviors to prevent kidney complications						
Not good	71 (64.5)	39 (35.45)	Ref.	Ref.		
Good	20 (8.33)	220 (91.67)	0.29 (0.18-0.49)	0.02	0.00-0.08	<0.001

นอกจากนี้ยังพบว่าต่ำกว่าความชุกของทั่วโลก (ร้อยละ 28.5) โดยพบความชุกสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 32.1 และต่ำสุดในยุโรป ร้อยละ 24.7⁽¹³⁾

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนและประเทศญี่ปุ่นโดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิด CKD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าเพศหญิง⁽¹⁴⁾ และเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิด CKD ในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.5 เท่า⁽¹⁵⁾ อาจเนื่องมาจากฮอร์โมน

เอสโตรเจนในเพศหญิงอาจมีผลป้องกันไตโดยช่วยลดการอักเสบและชะลอการเสื่อมของไต เทสโทสเตอโรนในเพศชายอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CKD โดยกระตุ้นระบบ renin-angiotensin และเพิ่มความดันในไต นอกจากนี้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ชายอาจมีแนวโน้มที่จะควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้หญิงและผู้ชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อ CKD และความแตกต่างทางสรีรวิทยาผู้ชายมักมีมวลกล้ามเนื้อมากกว่าซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของไตและการผลิต ครีเอตินินสูงกว่า

เพศหญิง⁽¹⁶⁾ รวมทั้งพบว่าผู้มีอายุน้อยมีแนวโน้มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในชาวคูดอร์เรเบียที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิด CKD สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนมากมีแนวโน้มมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hippisley-Cox และ Coupland พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความยากจนสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิด CKD มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีฐานะดีกว่า เป็นไปได้ว่าผู้มีรายได้สูงมักมีโอกาสเข้าถึงการรักษา และการตรวจสุขภาพที่ดีกว่า มักมีโอกาสเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับโรคเบาหวานมากกว่า มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและการศึกษามากกว่า ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า และผู้มีรายได้น้อยอาจมีความเครียดจากปัญหาทางการเงินมากกว่าซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต⁽¹⁸⁾

การศึกษาล่าสุดนี้ยังพบว่าการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดีมีแนวโน้มที่จะมีลดโอกาสการมีภาวะแทรกซ้อนทางไต สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ วรินธุรัชชา มูลทองศรี และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเคยดื่มแอลกอฮอล์ หรือปัจจุบันยังดื่มอยู่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็น 3.77 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พงษ์ประยูร แก้วหมุน⁽²⁰⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดี 8.62 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยน้อยกว่า สอดคล้องกับ ศศิธร ดวนพล, วีรศักดิ์ พานจันทร์ และ พิทยา ศรีเมือง⁽²¹⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เมื่อเป็นแล้วจะมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงทำให้มีรายการยาที่ได้รับมากกว่า 5-10 รายการ รายการยาที่มีจำนวนมากนี้เองที่ส่งผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการที่เป็นโรคนาน ๆ ทำให้มีการกินยาเป็นประจำทุกวันติดต่อกันนาน ทำให้ปริมาณยาที่รับประทานเข้าไปสะสมในร่างกาย ไตซึ่งมีหน้าที่กรองของเสีย ทำงานหนักมากขึ้น การทำงานของไตลดลงจนไตเกิดภาวะไตเสื่อมในที่สุด และเกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย และสอดคล้องกับการวิจัยของ นันทนลิน สิมพา และคณะ ที่พบว่าระยะเวลาการป่วยของโรคตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไปเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเมื่อมีการดำเนินโรคในระยะเวลาอันนาน จะส่งผลให้เป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น⁽²²⁾

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งในสามมีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยผู้ป่วยเพศหญิงอายุมาก มีรายได้มาก และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดี มีแนวโน้มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตต่ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีป่วยมานานมีแนวโน้มที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตมากขึ้น ดังนั้น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียมควรมีการพัฒนากระบวนการเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีการวางแผนการรักษา การติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยชาย มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีรายได้น้อย แลผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานความดันโลหิตสูงมานานกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้ง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเอง ครอบครัว และระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตามบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นลักษณะเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางอาจข้อจำกัดในการอธิบายเชิงเหตุผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย แต่มีจุดแข็งสำคัญ คือข้อมูลปัจจัยนั้นได้จากการซักประวัติโดยพยาบาลประจำคลินิกดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และข้อมูลการวินิจฉัยการมีภาวะแทรกซ้อนทางไตก็ได้รับการประเมินจากแพทย์ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Annual Reports [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=11158. (in Thai)
2. Diabetes Association of Thailand under the patronage of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn. Medical Practice Guidelines for Diabetes 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.dmthai.org/>. (in Thai)

3. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Thirakhupt P. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25(5):1567-75.
4. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. HDC program system service. Ubon Ratchathani [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.phoubon.in.th>. (in Thai)
5. Khong Chiam Hospital Medical records of Khong Chiam Hospital. Service system program (Hospital information system: HIS) [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 20]. (in Thai)
6. Unaphak P, Rattanamanee K. The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Complications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2015; 10(2): 44-54. (in Thai)
7. Vorapo N. Factors Affecting Preventing Behaviors in Preventing Kidney Disease of Diabetic Patients in Thapthan District, Uthaitani Province [Thesis]. Naresuan University; 2020. (in Thai)
8. Narenpitak S, Narenpitak A. Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes in primary health care unit of Udon Thani province, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2007; 90(9): 1873-76. (in Thai)
9. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
11. Xue R, Gui D, Zheng L, Zhai H, Wang J. Diabetic Nephropathy: A Comprehensive Review of Risk Factors and Current Treatment Approaches. *Curr Diabetes Rev* 2016; 12(4): 380-92.
12. Unnikrishnan RI, Rema M, Pradeepa R, Deepa M, Shanthirani CS, Deepa R, et al. Prevalence and risk factors of diabetic nephropathy in an urban South Indian population: the Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES 45). *Diabetes Care* 2007; 30(8): 2019-24.
13. Koye DN, Magliano DJ, Nelson RG, Pavkov ME. The Global Epidemiology of Diabetes and Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2018; 25(2): 121-32.
14. Jiang G, Luk AOY, Tam CHT, Xie F, Carstensen B, Lau ESH, et al. Progression of diabetic kidney disease and trajectory of kidney function decline in Chinese patients with Type 2 diabetes. *Kidney Int* 2019; 95(1): 178-187.
15. Tochiara Y, Whiting MG, Shoji T, Yamada S, Yoshida H, Yanagita M. Epidemiologic characteristics of end-stage renal disease and their risk factors in Shiga Prefecture, Japan. *J Epidemiol* 2018; 28(6): 292-301.
16. Eriksen BO, Ingebretsen OC. The progression of chronic kidney disease: a 10-year population-based study of the effects of gender and age. *Kidney Int* 2006; 69(2): 375-82.
17. Al-Rubeaan K, Youssef AM, Subhani SN, Ahmad NA, Al-Sharqawi AH, Al-Mutlaq HM, et al. Diabetic nephropathy and its risk factors in a society with a type 2 diabetes epidemic: a Saudi National Diabetes Registry-based study. *PLoS One* 2016; 11(2): e0147329.
18. Hippisley-Cox J, Coupland C. Predicting the risk of chronic Kidney Disease in men and women in England and Wales: prospective derivation and external validation of the QKidney Scores. *BMC Fam Pract* 2015; 16(1): 39.
19. Moonkongsri V, Charemtanyarak L. Factors Associated with Nephropathy Complication among Patients with Type 2 Diabetic Mellitus in Kudpong Subdistrict, Mueang District, Loei Province. *KKU Res J (Grad Stud)* 2021; 21(3): 151-60. (in Thai)
20. Kaewmun P. Factors related to complications with Kidney Disease Chronic in Diabetic Patients Pa-Phayom District Phatthalung Province. *J Community Public Health* 2019; 5(3): 62-73. (in Thai)
21. 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)

22. Simpha N, Kanthasorn S, Niransuay U, et al.
Prevalence and Demographic Characteristic Factors
Influencing to Glomerular Filtration Rate (GFR)
among Type 2 Diabetes Mellitus at Thakhuntho
District, Kalasin Province. Mahasarakham Hosp J
2019; 16(3): 53-62. (in Thai)