

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

.....
อภิญญา วิเศษ

นางสาวดวงรัตน์ มนไชสง
ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ ศรีบุญตสุขุทธ,
D.S.N.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทวี ชาญชัยจิรา,
พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคไต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ยาใจ สัทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

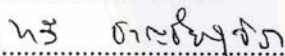
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

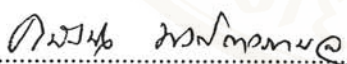
วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2553



นางปิยะธิดา จิตสมาน,
พ.บ., ว.ว. อักษรศาสตร์โรคไต
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทวิ ชาญชัยจรูญ,
พ.บ., ว.ว. อักษรศาสตร์โรคไต
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



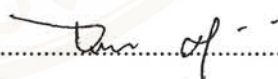
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



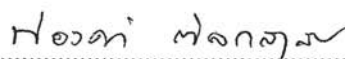
นางสาวดวงรัตน์ มนไธสง
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคศุข,
D.S.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ ศรียุคสุทธ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี ชาญชัยรุจิรา กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และ แพทย์หญิงปิยะธิดา จึงสมาน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบพระคุณบุคลากรหน่วยล้างไตทางช่องท้องทุกท่าน โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ อันเป็นที่รักยิ่งที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษามาโดยตลอด ทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ บุคลากรหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหิดลทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันมาโดยตลอด คุณค่า ประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ บพการี คณาจารย์ รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

ดวงรัตน์ มนไธสง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

ดวงรัตน์ มนโธสง 5036817 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรวรรณ ศรียุคศุภุทธ, D.S.N.,

คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), ทวี ชาญชัยรุจิรา, พ.บ., ว.ว. อายูรศาสตร์โรคไต

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของคอตต์และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจำนวน 126 ราย ที่มารับการตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอฟดี (CAPD) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลวิธีการจัดการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การนั่งพักผ่อน การงีบหลับ และการดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง ตามลำดับ และพบว่าการดูโทรทัศน์หรือการฟังเพลงสามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าได้มากที่สุดโดยมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่ได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองในการจัดการกับอาการอ่อนล้า และพบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันและจัดการกับอาการอ่อนล้า และศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการจัดการกับอาการอ่อนล้าต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

DUANGRAT MONTHAISONG 5036817 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: AURAWAMON SRIYUKTASUTH. D.S.N.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL. Ph.D.(Nursing),
TAWEE CHANCHAIJUJIRA. M.D.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive correlational research was to study fatigue experience, management strategies, and quality of life among continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. The relationship between fatigue experience and quality of life was also examined. The symptom management model of Dodd and colleagues (2001) was used as a conceptual framework of the study. A convenience sample of 126 participants was recruited from patients diagnosed with ESRD who were receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. The study was conducted at three CAPD units, outpatient departments of Siriraj Hospital, Phramongkutklao Hospital, and Baan Phaew Hospital (Prommitr). Instruments included Personal Data Form, Revised Fatigue Piper Scale, Fatigue Self-Management Strategies Questionnaire, and WHOQOL-BREF-THAI.

The results revealed that participants receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis evaluated their overall fatigue and quality of life at a moderate level. The management strategies mostly used by the majority of patients in this study included sitting down, taking naps, and watching television or listening to the radio, respectively. However, it was found that watching television or listening to the radio was the most effective strategy to relieve fatigue. The sample perceived this strategy as “moderately efficient”. Over three fourths of the participants reported that they had learned by themselves to deal with fatigue. In addition, the results showed that fatigue experience was significantly negatively correlated with quality of life.

Recommendations from this study are that nurses should enhance fatigue management to promote the quality of life of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. Nursing interventions should be implemented to prevent and manage fatigue symptoms. Effective fatigue management strategies should be studied in future research.

KEY WORDS: CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS / FATIGUE /
SYMPTOM MANAGEMENT / QUALITY OF LIFE

153 page

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	11
บทที่ 2. ทบทวนวรรณกรรม	
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	14
แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์	24
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับอาการอ่อนล้า (fatigue)	28
ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง	38
อย่างต่อเนื่อง	
กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่อง	44
ท้องอย่างต่อเนื่อง	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง	45
ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิต	50
สรุป	51
บทที่ 3. วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
สถานที่เก็บข้อมูล	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	59
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4. ผลการวิจัย	64
บทที่ 5. อภิปรายผล	80
บทที่ 6. สรุปผลการวิจัย	91
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	96
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	109
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	133
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	135
ภาคผนวก ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	145
ภาคผนวก ง การรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	150
ประวัติผู้วิจัย	153

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	66
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ และรายได้	68
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปริมาณน้ำยา และจำนวนครั้งของการเปลี่ยนน้ำยา	69
4. การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกตามจำนวน ร้อยละ และการแปลผล	71
5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พิสัย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานประสบการณ์การมี อาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญา อารมณ์	72
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยเรียงลำดับตามกลวิธีที่ใช้จากมากไปน้อย	74
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยเรียงลำดับตามประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการจากมากไปน้อย	76
8. จำนวนและร้อยละของแหล่งวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง	77
9. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	78
10. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	79

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ

หน้า

1. กรอบแนวคิดการวิจัย

9

2. แบบจำลองการจัดการอาการ

26



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เมื่อพิจารณาถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ตลอดจนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ จากการศึกษาระบาดของวิทยาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1998 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 308 คนต่อประชากร 1 ล้านคนและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี ค.ศ. 2001 เพิ่มขึ้นเป็น 334 คนต่อประชากร 1 ล้านคน (United States Renal Data System, 2003) และปี ค.ศ. 2005 เพิ่มขึ้นเป็น 347 คนต่อประชากร 1 ล้านคน (National Kidney Foundation, 2008) ส่วนอัตราความชุกในปี ค.ศ. 2001 พบว่ามีอัตราความชุก 1,400 คนต่อประชากร 1 ล้านคน (United States Renal Data System, 2003) สำหรับสถิติประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงขึ้นในแต่ละปีเช่นเดียวกัน จากการรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 62.5 คนต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี และความชุกเท่ากับ 175.2 คนต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี (ทวี ศิริวงศ์, 2550) ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 พบอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยโรคนี้สูงขึ้น เป็น 154.56 คนและ 302.66 ต่อประชากร 1 ล้านคน ตามลำดับ (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่าปีละ 3,600 ล้านบาท (สินา งามอาจุทธ, 2550) ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy; RRT) เพื่อให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ โดยวิธีการรักษาดังกล่าวมีอยู่ 3 วิธีหลักได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation; KT)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) เป็นวิธีการหนึ่งของการล้างไตทางช่องท้องแบบเรื้อรังที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทย ซึ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยวิธีการใส่น้ำยาที่เตรียมไว้เข้าไปในช่องท้อง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนของเสียที่สะสมในร่างกายโดยมีเยื่อบุช่องท้องทำหน้าที่เป็นผนังกั้นระหว่างน้ำยากับเลือด และยังช่วยรักษาสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่และ กรด – ด่างในร่างกาย (สุกชัย จิตติอาชากุล, 2551) ในอดีตที่ผ่านมาการรักษาด้วยวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมมากเท่ากับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีจำนวนลดลง จากรายงานการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง รายใหม่ลดลงจาก 205 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2540 เหลือเพียง 86 รายต่อปีในปี พ.ศ. 2543 แต่อุบัติการณ์ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นจาก 602 ราย ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 947 รายในปี พ.ศ. 2543 (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยมาเป็นลำดับ โดยอาศัยหลักการ ขับของเสียออกทางช่องท้องในอัตราที่สม่ำเสมอทั้งวันและอาศัยเพียงการเปลี่ยนถุงน้ำยาประมาณ 4 ครั้งต่อวัน โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลานอนบนเตียงครั้งละ 4 – 5 ชั่วโมงดังเช่นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาทำงานหรือเดินทางได้สะดวก และเนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการรักษาที่ลงทุนในเครื่องมือ น้อย ใช้ทรัพยากรด้านบุคลากร น้อย ผู้ป่วยต้องการการเดินทางมารับการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงพบว่า มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ทวี ศิริวงศ์, 2550) และได้รับประโยชน์ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมได้แก่ ค่าเดินทางและเวลาที่ใช้ ซึ่งเป็นค่ารักษาแอบแฝงน้อยกว่าด้วย

จากเหตุผลดังกล่าว จึงได้มีการผลักดันร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพมูลนิธิต่อประเทศไทยและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ให้ภาครัฐพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเข้าอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ และได้มีมติของคณะรัฐมนตรีให้ขยายการบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐได้ช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในพื้นที่นำร่องที่มีความพร้อมในการให้บริการและขยายการบริการทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งรายเก่าและรายใหม่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (ประทีป ธนกิจ

เจริญ, ชูชัย ศรธานี, วัลลภ กชบก, และ ปราโมทย์ แยมพร้อม, 2551) จากนโยบายดังกล่าว จึงคาดได้ว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การให้การดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่นับวันจะเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และเป็นอาการสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการอ่อนล้า (Ossareh, Roozbeh, Krishnan, Bargman, & Oreopoulos, 2003)

อาการอ่อนล้า (Fatigue) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้เกิดภาวะผิดปกติหรือร่างกายรู้สึกเหน็ดเหนื่อย (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) อ่อนเพลีย หดแรงแรงและไม่มีพลังงาน (Aistars, 1987) ซึ่งอาการอ่อนล้าสามารถเกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Uhlin และ Gustafsson (2006) ได้ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดอาการอ่อนล้าได้สูงถึง 88 % อาการอ่อนล้าเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (Ossareh et al., 2003) โดยมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลายปัจจัย ได้แก่ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological Factors) เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะของเสียคั่ง (Jhamb, Weisbord, Steel, & Unruh, 2008) ทั้งนี้เมื่อไตเสียหายที่ในการกรองและขับของเสีย จึงทำให้มีของเสียสะสมในร่างกาย ขาดความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตส์ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงในการเคลื่อนไหวหรือทำงาน เนื่องจากมีการใช้โปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้น กล้ามเนื้อไม่สามารถสร้างพลังงาน ATP เพื่อใช้ในการหดตัวได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะอ่อนล้าได้เร็ว (ชนันดา ตระการวนิช, 2542) มีการสูญเสียกรดอะมิโนและโปรตีนออกจากร่างกายทางน้ำยา dialysate (ชวลิต รัตนกุล, 2550) เกิดภาวะซีดเพิ่มขึ้น และเกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นด้วยส่วนปัจจัยด้านจิตใจหรือพฤติกรรม (Psychological/Behavioral Factors) เกิดจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า รูปแบบการนอนที่เปลี่ยนไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้เช่นกัน (Jhamb et al., 2008) จากปัจจัยหรือสิ่งรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังที่กล่าวมา ทำให้อาการอ่อนล้าเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และพบว่าอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับสูงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไต (Bonner, Wellard, & Caltabiano, 2008)

เนื่องจากอาการอ่อนล้าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม แตกต่างกันไป เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Petchrung, 2004) ไม่อยากลิ้มรส ไม่อยากพูดคุย รู้สึกไม่สบาย รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดอาการเบื่อหน่าย (Griego, 1993; วาทีนี ศรีไทย, 2548) และพบว่าอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงและภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงด้วย (Vestergaard et al., 2009) และพบว่าผลของอาการอ่อนล้า คุกคามต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม เกิดเป็นความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ชีวิตไม่มีความสุข และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าแต่ละรายนั้นมีบริบทสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในการดำเนินชีวิต ปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้า และวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่แตกต่างออกไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเข้าใจประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของผู้ป่วย และวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อบรรเทาอาการ เพื่อช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Revised Symptom Management Model) จากกรอบแนวคิดของ Larson และคณะ (1994) แบบจำลองการจัดการกับอาการนี้ประกอบด้วย แนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptoms management strategies) และผลลัพธ์อาการ (symptom outcomes) โดยเชื่อว่า บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม เป็นการรับรู้และแปลความผ่านกระบวนการคิดของตนเองต่ออาการ มีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษาและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลนั้นจะหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและกลับคืนสู่ภาวะปกติ แนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญในการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมความสามารถการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากแนวคิดดังกล่าวของ Dodd และคณะ จึงได้มีผู้นำแบบจำลองการจัดการกับอาการไปใช้ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่ามีการศึกษาของ ชีรนุช เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ว่ารู้สึกอ่อนเพลีย ส่งผลให้เกิด

อาการปวดเมื่อย ความอดทนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง โดยมีสาเหตุของอาการอ่อนล้าทางร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับไม่เพียงพอ และสาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล ส่วนวิธีการจัดการพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับหลัก การนอนหลับและการออกกำลังกาย โดยผลลัพธ์ภายหลังการจัดการพบว่า ระดับอาการอ่อนล้าลดลง

อย่างไรก็ดี ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอาจมีความแตกต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นอาการที่พบได้บ่อย และมีความรุนแรงมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น โดยมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคและรูปแบบของการรักษา รวมทั้งความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง การต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการรักษา เพื่อคงสภาพการทำงานของร่างกายและป้องกันการติดเชื้อ ผลจากการเกิดอาการอ่อนล้านี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า และผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องน้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า การจัดการอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลและทีมสุขภาพ ในการวิเคราะห์ ประเมินอาการอ่อนล้า และวางแผนส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร
2. ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ใช้กรอบแนวคิด แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) แบบจำลองการจัดการกับอาการนี้ ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 ประการ คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Dodd et al., 2001)

1. ประสบการณ์การมีอาการ ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการและอาการตอบสนองต่ออาการ จะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาทั้ง 3 มิติ ได้แก่

การรับรู้ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

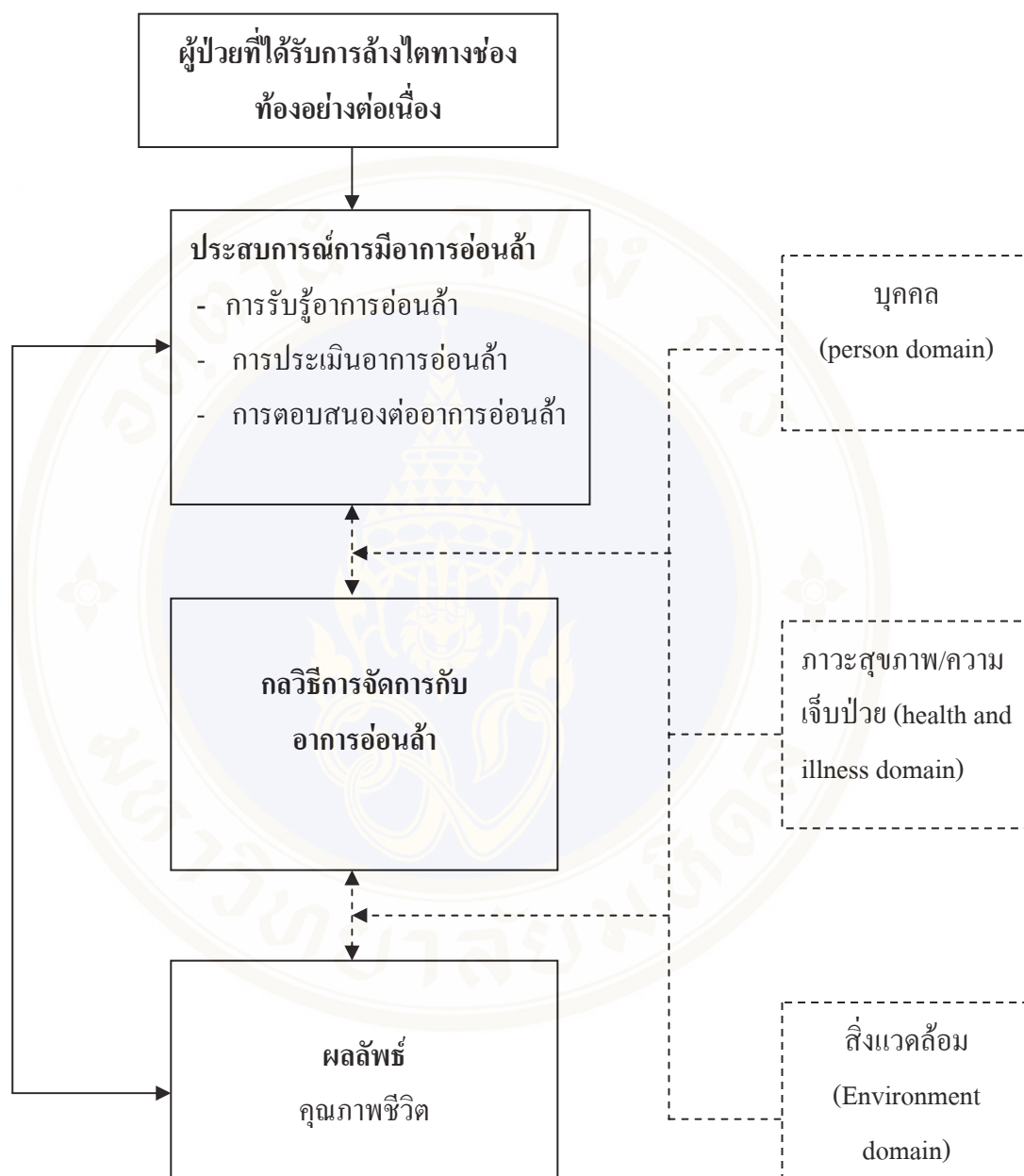
2. กลวิธีการจัดการกับอาการ เป็นเป้าหมายในการจัดการกับอาการ เพื่อป้องกันหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้องค์วิธีการต่าง ๆ ด้วยวิธีการดูแลตนเอง กลวิธีการทางแพทย์ และศาสตร์ของวิชาชีพ เริ่มโดยการประเมินประสบการณ์อาการจากมุมมองของแต่ละบุคคลตามด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมาย กระบวนการปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งความสำเร็จขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยมีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าใช้กลวิธีอะไร เหตุผลของการใช้ ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ใช้มากน้อยเพียงไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร โดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาวิธีต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการอ่อนล้าและประสิทธิผลของกลวิธีนั้น ๆ

3. ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการ และประสบการณ์การมีอาการผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ ในแบบจำลองของ Dodd และคณะ (2001) มี 8 ปัจจัยได้แก่ 1) ค่าใช้จ่าย (cost) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รายได้ที่ลดลงจากรายจ่ายที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้องทำให้ต้องเสียโอกาสในการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (emotional status) 3) มีการดูแลตนเอง (self-care) 4) การทำหน้าที่ (functional status) 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and comorbidity) 7) อัตราการตาย (mortality) และ 8) สภาวะอาการ (symptom status) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งในการประเมิน ติดตาม การตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค และความพึงพอใจกับสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และหากคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีด้วย

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องครั้งนี้ สามารถอธิบายตามแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ได้ดังนี้ ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเองต่ออาการอ่อนล้า โดยผู้ป่วยประเมินถึงความหมายของอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละราย เช่น มีอาการเหน็ดเหนื่อย ไม่มีแรงอ่อนเพลีย และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยมีการสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ผู้ป่วยจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุภาวะคุกคาม และผลของอาการอ่อนล้าต่อชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ผู้ป่วยได้มีการนำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามาใช้ เพื่อเป็นการบรรเทาอาการ

อ่อนล้า โดยเริ่มหาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตนเองหรือต้องอาศัยบุคคลในครอบครัว ตลอดจนบุคลากรในที่มสุขภาพ เพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าจนกระทั่งอาการอ่อนล้าบรรเทาลง เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งผลลัพธ์อาการเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยนำมาจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตนเอง โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึง ผลลัพธ์อาการ คือ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังได้แสดงตามรูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย





รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดัดแปลงจาก Dodd และคณะ (2001)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยซีเอฟดี (CAPD) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

1. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ขาดแรงจูงใจ หรืออาการแสดงที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากทั้งภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นอยู่ และจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Revised Piper Fatigue Scale (Piper et al., 1998) ฉบับภาษาไทยโดย ร่มรัตน์ หลีสุข (2549) ประเมินครอบคลุมมิติ 4 ด้านดังนี้

1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงของอาการอ่อนล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีต่อระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าที่ทำให้ทุกซ์ทรมาณ รบกวนการทำงานหรือการทำกิจกรรม รบกวนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รบกวนการรบกวนการมีเพศสัมพันธ์ ว่ามีผลกระทบในระดับใด

2) ด้านการรับรู้ความหมายของอาการอ่อนล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีต่ออาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่า เป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจหรือไม่น่าพึงพอใจ เป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี และเป็นสิ่งที่ปกติหรือผิดปกติ

3) ด้านความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีต่อตนเองว่า แข็งแรงหรืออ่อนแอ ดิ้นตัวหรืออ้วนซิม มีความสดชื่นมีชีวิตชีวาหรือเฉื่อยหงอย และมีพลังหรือหมดแรง

4) ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีต่อตนเองว่า มีความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือมีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขบนเส้นตรง ตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน จำนวน 22 ข้อ และแบ่งอาการอ่อนล้าเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเลย มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเล็กน้อย มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าปานกลาง และมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามาก

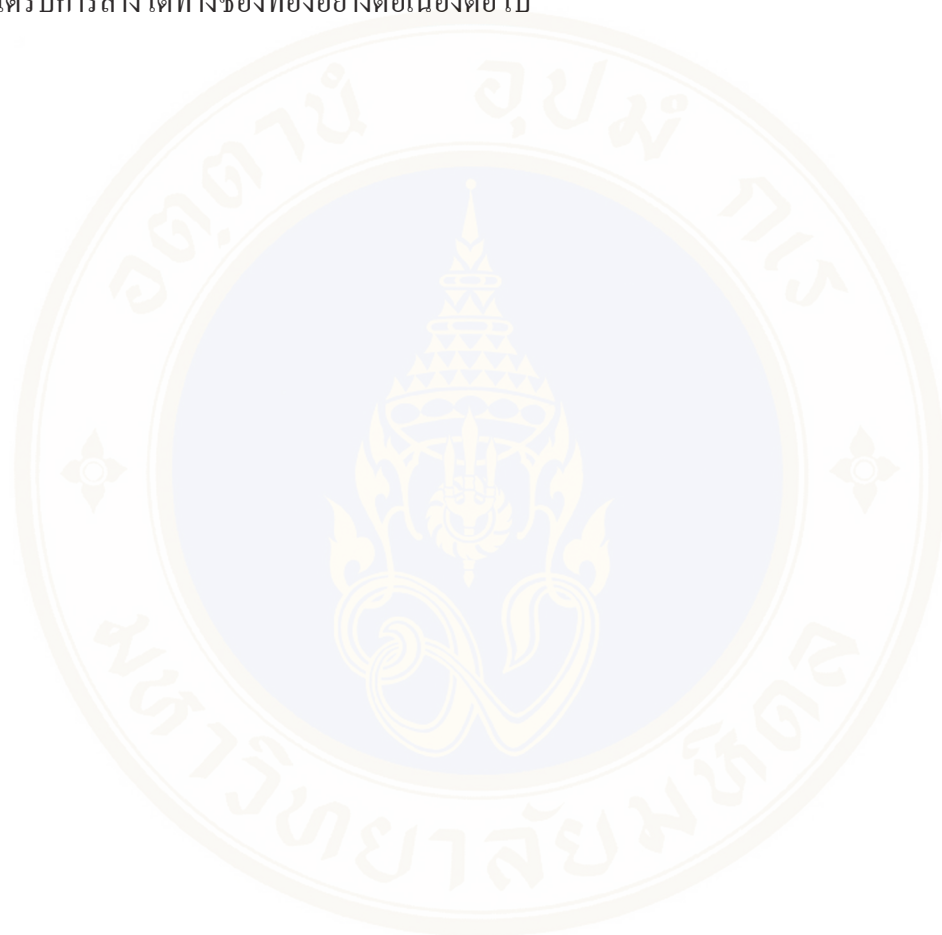
2. กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า หมายถึง วิธีการหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเลือกมาบรรเทาอาการอ่อนล้า เช่น การพักผ่อนหลับ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารเสริม การรับประทานยาสมุนไพร การคิดในทางที่ดี การผ่อนคลาย การใช้แพทย์ทางเลือก ประเมินด้วยแบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชีรนุช เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) จำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ และส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า คิดคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ผลของกลวิธีการจัดการไม่ได้ผลเลย ผลของกลวิธีการจัดการได้ผลเล็กน้อย ผลของการจัดการได้ผลปานกลาง และผลของการจัดการได้ผลมาก

3. คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับแปลโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พื้นฐาน สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถการจัดการกับอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต รวมทั้งความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอตต์และคณะ

1. ประสิทธิภาพการมีอาการ
2. กลวิธีจัดการกับอาการ
3. ผลลัพธ์

แนวคิดเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า (fatigue)

1. ความหมายของอาการอ่อนล้า
2. ชนิดของอาการอ่อนล้า
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า
4. แนวทางการประเมินอาการอ่อนล้า

ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

1. ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต
2. การประเมินคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิต

สรุป

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ค่าอัตราการกรอง (glomerular filtration rate; GFR) ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area; BSA) 1.73 ตารางเมตร จนผู้ป่วยไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551) โดยพบว่าสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus) ร้อยละ 44.4 ความดันโลหิตสูง (hypertension) ร้อยละ 26.6 ไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerulonephritis) ร้อยละ 9.9 และโรคของระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ หรือโรคอื่นซึ่งพบน้อยมากรวมร้อยละ 19.1 (Stack & Port, 2002)

1. ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อไตเสียหายที่ในการขจัดของเสียรักษาสมดุลของน้ำ สารอิเล็กโทรไลต์ กรด – ด่าง ตลอดจนการหลั่งฮอร์โมน และการสังเคราะห์วิตามินดี จะส่งผลกระทบหรือรบกวนต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือเรียกว่า “ภาวะยูรีเมีย” ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงออกหลายอย่างรบกวนระบบต่าง ๆ ในร่างกายดังนี้ (โสภณ นภาพร, 2542)

1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยมีอาการ 5 อย่างที่พบร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้แก่ ความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง (hyperkalemia) โดยจะกล่าวรายละเอียดดังนี้

1) ความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่พบได้เสมอ มีสาเหตุหลายประการ แต่ที่สำคัญคือ เกิดจากมีการกักตุนของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และมีการกระตุ้นระบบ ในเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน ซิสเต็ม (rennin-angiotensin-aldosterone system; RASS) ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เรนินจะเป็นตัวควบคุมการเพิ่มและลดความดันโลหิต หากพบว่าเรนินสูงจะเป็นอันตรายต่อเยื่อหลอดเลือดทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ส่งผลให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดความดันโลหิต

2) การเปลี่ยนแปลงผนังหลอดเลือดแดง (accelerated atherosclerosis) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะมีผนังของหลอดเลือดแดงหนาตัวเพิ่มขึ้น ยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ แต่ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ

3) การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (myocardial dysfunction)

จากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีหัวใจห้องล่างซ้ายโตและการที่กล้ามเนื้อหัวใจขยายตัวทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อและหากมีภาวะน้ำเกินมาก ๆ จะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวายตามมา ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมาก ระดับของโปแตสเซียมที่เปลี่ยนแปลงจะสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างน้ำในเซลล์และน้ำนอกเซลล์จะมีผลต่อการส่งคลื่นกระแสไฟฟ้าในการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ บางรายหัวใจอาจหยุดเต้นและตายได้

4) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยยูรีเมียหากไม่ทำการรักษาจะส่งผลให้เกิดมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจและเกิดภาวะหัวใจบีบรัดตามมา

1.2) ระบบโลหิตวิทยา (Hematological system)

ภาวะยูรีเมียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาหลายประการ ได้แก่

1) ภาวะโลหิตจาง (Anemia) เป็นปัญหาที่พบเสมอในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุสำคัญคือ มีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เนื่องจากขาดฮอร์โมนที่ไตสังเคราะห์ ได้แก่ เอริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ที่เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของไขกระดูก (DeWit, 2009) หรือมีการสะสมพิษของอลูมิเนียม (aluminum intoxication) ทำให้มีการผลิตพาราไธรอยด์ฮอร์โมนมากกว่าปกติ (hyperparathyroid hormone) หรือมีการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น เหล็ก โฟเลต (folate) หรือวิตามิน บี 12 เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) จึงทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดการทำลายของเม็ดเลือดแดงมากขึ้นโดยพบว่า อายุของเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยยูรีเมียจะสั้นกว่าปกติ เชื่อว่าเกิดจากการคั่งของสารพิษยูเรมิค (uremic toxin) เกิดความผิดปกติของการเกิดลิ้มเลือด เช่น เกิดภาวะอาหารอักเสบ ทำให้เลือดออกทางเยื่อบุทางเดินอาหารได้ง่ายขึ้น

2) มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด อาการที่พบคือ มีเลือดออกง่าย (bleeding diathesis) เช่น ทางเยื่อช่องท้อง หรือเยื่อบุทางเดินอาหาร และที่สำคัญคือ มีความผิดปกติของเกล็ดเลือด ทำให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนานขึ้น

3) เกิดการทำงานของเม็ดเลือดขาวผิดปกติ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำลายในหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว พบว่าความสามารถของ polymorphonuclear cell ในการทำหน้าที่ phagocytosis ลดลง และการตอบสนองโดย

กระบวนการอักเสบเสียไป เนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของ chemotaxis และมีสิ่งขัดขวางการมี chemotaxis นอกจากนี้ยังมีการกดการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันอีกด้วย

1.3) ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system)

ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) เกิดจากการมีน้ำเกิน และหัวใจล้มเหลว (DeWit, 2009) ร่วมกับการรั่วของน้ำออกจากหลอดเลือดฝอยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับโปรตีนในเลือดต่ำ และต้องจำกัดโปรตีนด้วย ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบาก ตรวจพบได้ยินเสียง crepitation หรือ wheezing ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ชีพจรเบาเร็ว ตัวเย็นชื้น เหงื่อ และกระสับกระส่าย ภาวะปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic Pneumonitis) มีลักษณะเฉพาะคือ interstitial edema โดยเฉพาะแฉะบริเวณส่วนกลางของปอดบริเวณรอบนอกจะมี infiltration เพียงเล็กน้อย และภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic pleuritis) เกิดจากการสร้าง fibrin exudates ซึ่งทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจ ตรวจพบเสียง pleural friction rub และน้ำในเยื่อหุ้มท้อง

1.4) ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

ผู้ป่วยที่มีภาวะยูรีเมียมักมีอาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความรู้สึกลอยอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เบื่ออาหาร และเกิดแผล มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนคือ การเปลี่ยนยูเรียโดยแบคทีเรียในทางเดินอาหารทำให้เกิดแอมโมเนีย ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ กระตุ้นการหลั่งของ gastric content และทำให้มีการระคายเคืองของระบบทางเดินอาหาร (DeWit, 2009) อาจพบเยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ เชื่อว่าเกิดจากการมีสารยูเรียในน้ำลายมาก ทำให้เชื้อแบคทีเรียย่อยสารยูเรียในน้ำลายมากและอาจเกิดร่วมกับการทำความสะอาดปากของผู้ป่วยไม่ดีพอ

1.5) ระบบกระดูก (Skeletal system)

ความผิดปกติของระบบนี้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระดับแคลเซียมและฟอสเฟตในเลือด กระดูกมีการเปลี่ยนแปลงอาจมีกระดูกผุ กระดูกพรุน เนื่องจากไตเสียหายที่ในการสังเคราะห์ 1,25 - (OH) vitamin D ซึ่งเป็นวิตามิน ที่จะช่วยให้การดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ได้ดี ลดลงจึงทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำผลทำให้เกิดภาวะโรคกระดูกนิ่ม (osteomalacia) และโรคกระดูกอ่อน (Rickets) เมื่อแคลเซียมในเลือดต่ำมีผลกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากขึ้นทำให้เกิด osteitis fibrosis และเป็นเหตุให้มีการเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูก ในที่สุดกระดูกจะมีการสูญเสียเกลือแร่ในกระดูก (demineralization) และระดับอัลคาไลน์ฟอสเฟตสูงขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระดูก พบว่ามีอาการปวดกระดูก ข้ออักเสบ กระดูกผิดปกติหรืออาจพบว่ามีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อร่วมด้วย

1.6) ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular system)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความเปลี่ยนแปลงของทั้งระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลายและประสาทอัตโนมัติ ความผิดปกติส่วนกลางได้แก่ สมอง ส่วนต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ เช่น ไม่มีสมาธิในการทำงาน เหนื่อยชา พุดช้า ง่วง ซึมเซา นอนไม่หลับ เป็นต้น ถ้ามีอาการรุนแรงมากขึ้นจะมีอาการ เช่น หลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด หากเกิดภาวะของเสียคั่งในเยื่อหุ้มสมอง (Uremic encephalopathy) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการได้แก่ อาการอ่อนล้า ปวดศีรษะ แบบแผนการนอนถูกรบกวน สับสน ซึม ชักและอาจจะหมดสติได้ (DeWit, 2009) ส่วนความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายและระบบอัตโนมัติ ได้แก่ มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า หากเป็นมากจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมด้วย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อสะโพกและต้นแขน สาเหตุเกิดจากการขาดสมดุลของกรด-ด่าง น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ทำให้เกิดการสะสมของพิษยูเรีย มีอาการปวด เกิดตะคริวที่ขาจนต้องคลาน (crawling) มีอาการเหมือนถูกแทงด้วยหนาม (prickling) และมีอาการคัน (itching) จะเป็นมากตอนกลางคืน ซึ่งอาการนี้เรียกว่า “restless leg syndrome” และมีอาการปวดร้อน บริเวณฝ่าเท้า (burning feeting) และมีอาการบวมร่วมด้วย

1.7) ระบบภูมิคุ้มกัน (Altered immune function)

การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไตวายต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเสียชีวิต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำหน้าที่ลดลงจากการเพิ่มขึ้นของระดับยูเรียและภาวะของเสียคั่ง รวมทั้งการเพิ่มของ granulocyte count, defective phagocyte function เมื่อเกิดการติดเชื้อร่างกายจะตอบสนองต่อกลไกการอักเสบช้า, ผิวหนังและ mucosa จะป้องกันเชื้อโรคได้ลดลง

1.8) ผิวหนัง (Disorders of skin integrity)

ผู้ป่วยมีผิวหนังซีดเหลือง (Pallid yellowish gray) เนื่องจากภาวะโลหิตจางและการกั่งคั่งของ urochrome pigment ผิวหนัง และผิวหนังแห้งจากการฝ่อของต่อมเหงื่อ การขาดน้ำและต่อมน้ำมันทำงานน้อยลง และมีเกล็ดยูเรีย (Uremic frost) เกาะอยู่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้ง มีขุยขาว ๆ บริเวณ คิ้ว ใบหน้า ใต้รักแร้ และบริเวณขาหนีบ (DeWit, 2009)

1.9) ระบบสืบพันธุ์ (Sexual dysfunction)

ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักเป็นหมันและความรู้สึกทางเพศลดลง ผู้ป่วยหญิงมักไม่มีรอบเดือนหรือมาไม่สม่ำเสมอ พบว่าระดับของโปรเจสเตอโรน (progesterone) จะต่ำกว่าปกติ ผู้ป่วยเพศชายจะมีระดับเทสโตสเตอโรน (testosterone) ต่ำ จำนวนสเปิร์มน้อยและการเคลื่อนไหวลดลง ขนาดอวัยวะเล็กและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

2. การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนในที่สุดเข้าสู่ระยะสุดท้าย (ESRD) ซึ่งไตทำงานได้น้อยมาก ในระยะนี้การรักษาด้วยยาอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการมีของเสียจำนวนมากกักอยู่ในกระแสเลือด ตลอดจนดุลเกลือแร่และกรด - ด่างในร่างกายที่ผิดปกติ จึงจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ซึ่งวิธีการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องแบบเรื้อรัง (Chronic peritoneal dialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (renal transplantation) ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงในส่วนของการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การล้างไตทางช่องท้องแบบเรื้อรัง ได้ถูกคิดค้นโดย Popovich และคณะ ตั้งแต่ปี 1978 เป็นวิธีการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสม เป็นธรรมชาติมากที่สุด ทำให้ระดับของเสียถูกขจัดออกจากร่างกายอย่างคงที่ สม่่าเสมอ การล้างไตทางช่องท้องแบบเรื้อรังโดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ ๆ คือ แบบที่ผู้ป่วยรับการรักษาติดต่อกันโดยใช้การเปลี่ยนน้ำยาด้วยตนเอง เรียกว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) และ แบบที่ต้องอาศัยเครื่องอัตโนมัติช่วยในการเปลี่ยนน้ำยาเรียกว่าการล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis; APD) อย่างไรก็ตามการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรที่ใช้กันแพร่หลายในประเทศไทยคือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยดูแลเปลี่ยนน้ำยาด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่มีราคาแพงในการเปลี่ยนน้ำยา สำหรับทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ จึงขอกล่าวถึงเฉพาะวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีการรักษาของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง นั้นยังแบ่งออกเป็นวิธีย่อยตามปริมาณน้ำยาที่ใช้และความถี่ของการเปลี่ยนน้ำยา (อนุตตร จิตตินันท์, 2551) ดังนี้

1) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิดแบบมาตรฐาน (standard volume and standard dose CAPD) เป็นการรักษาที่ทำอย่างต่อเนื่องโดยมีการเปลี่ยนน้ำยา 3 ครั้งในตอนกลางวัน และอีก 1 ครั้งในช่วงก่อนเข้านอน ทำการเปลี่ยนน้ำยาโดยผู้ป่วยเองไม่ต้องใช้เครื่องมืออัตโนมัติ รวมปริมาณน้ำยาที่ใช้ในแต่ละวันแล้วประมาณ 6 – 8 ลิตร คือใช้น้ำยาลงละ 1.5 – 2 ลิตรต่อการเปลี่ยนน้ำยา 1 ครั้ง จะทิ้งน้ำยาในช่วงกลางคืนไว้ 8 – 10 ชั่วโมง การดื่มน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายในช่วงกลางคืนระหว่างที่คั่งน้ำยาไว้ในช่องท้องอาจมีจำนวนมากในผู้ป่วยที่มี high peritoneal transport ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องแบบนี้ จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอัตรา

ประสิทธิภาพการขนส่งสารผ่านเยื่อช่องท้องระดับปานกลางและสูง (low average หรือ high average peritoneal transport) (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2544)

2) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด standard dose, high volume CAPD ปริมาณน้ำยาที่ใช้ในแต่ละวันเฉลี่ย 7.5 – 9 ลิตร แต่ปริมาณน้ำยาในแต่ละถุงจะมากกว่า 2 ลิตร ทำให้สามารถลดจำนวนครั้งของการเปลี่ยนถุงน้ำยาเหลือเพียง 3 ครั้งได้ วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำงานในเวลากลางวันไม่มีเวลาในการเปลี่ยนน้ำยาในช่วงดังกล่าว

3) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด high dose, standard volume CAPD ปริมาณน้ำยาที่ใช้ในแต่ละวันจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 9 ลิตร โดยยังคงใช้น้ำยาถุงละ 2 ลิตรตามปกติในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาแต่ละครั้ง แต่จะต้องเพิ่มความถี่ของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถทนต่อปริมาณน้ำยาขนาดสูงได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นไตเสื่อม หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ และเกี่ยวกับระบบการหายใจ

4) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด high dose, high volume CAPD ใช้ปริมาณน้ำยาแต่ละถุงมากกว่า 2 ลิตร และปริมาณน้ำยารวมกันทั้งวันมากกว่า 9 ลิตร อาจต้องเปลี่ยนถ่ายถุงน้ำยาถี่กว่าวันละ 4 ครั้ง วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่รูปร่างใหญ่และมีอัตราประสิทธิภาพการขนส่งสารผ่านเยื่อช่องท้องต่ำ (low peritoneal transport)

5) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิดทำกลางวัน (Daytime Ambulatory Peritoneal Dialysis; DAPD) เป็นการรักษาโดยทำการล้างไตทางช่องท้อง 12 - 16 ชั่วโมงในช่วงกลางวันขณะที่ผู้ป่วยกำลังทำงาน และจะปล่อยให้ท้องว่างในช่วงเวลากลางคืน ระยะเวลาในการล้างน้ำยาไว้ในช่องท้องแต่ละครั้งจะไม่นานเกินกว่า 3 – 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเอง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอัตราประสิทธิภาพการขนส่งสารผ่านเยื่อช่องท้องสูง (high peritoneal transport) เนื่องจากจะทำให้ได้ปริมาณ การกำจัด ultrafiltration และของเสียขนาดเล็กได้ดีในช่วงเวลาสั้น ๆ ได้

การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยขบวนการแลกเปลี่ยนสารและน้ำระหว่างน้ำยา dialysis และพลาสมาของผู้ป่วยผ่านเยื่อผนังช่องท้อง (peritoneal membrane) ประกอบด้วย 3 ขบวนการเกิดขึ้นพร้อมกัน (เกลิงส์คัลด์ กาญจนบุษย์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545) คือ

1) กระบวนการซึมผ่าน (diffusion) เป็นขบวนการแพร่ของของเสียและเกลือแร่ส่วนเกินจากเลือด ซึ่งมีความเข้มข้นสูงกว่า ผ่านเยื่อผนังช่องท้องออกไปยังน้ำยา dialysis ซึ่งมีความเข้มข้นต่ำกว่า

2) กระบวนการกรอง (ultrafiltration) เป็นขบวนการกำจัดน้ำส่วนเกินออกจาก

ร่างกายผู้ป่วย โดยอาศัยแรงคิ๊งน้ำ (osmotic force) ของสาร osmolality สูงในน้ำยา dialysis เรียกสารที่มี osmolality สูงเหล่านี้ว่า osmotic agent ที่ใช้อย่างแพร่หลายคือ น้ำตาลกลูโคส

3) กระบวนการดูดซึมกลับ (reabsorption) เป็นขบวนการดูดซึมน้ำและ solute จากน้ำยา dialysate ในช่องท้องคืนสู่หลอดเลือดผ่านทางท่อน้ำเหลือง

วิธีการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยตนเองเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด โดยมีหลักการในการทำดังนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้ทำเองที่บ้านโดยใส่น้ำยาโดอะลิต์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ติดต่อกันทุกวันไม่มีวันหยุด จำนวนน้ำยาที่ใส่ในช่องท้องแต่ละครั้งเป็นจำนวน 1.5 – 2 ลิตร และมีการเปลี่ยนน้ำยาเข้าและออกวันละ 3-4 ครั้ง โดยผ่านทางท่อ Tenckhoff ซึ่งถูกฝังไว้ในช่องท้องแบบถาวร การเปลี่ยนน้ำยาจะทำในช่วงกลางวัน และก่อนเข้านอน การล้างไต 1 วงจร ประกอบด้วย ระยะใส่เข้า (Inflow) ระยะค้าง (Dwell Time) และระยะปล่อยออก (Outflow) โดยระยะใส่เข้าจะใช้เวลาประมาณ 5 นาทีต่อน้ำยา 1 ลิตร ปล่อยเข้าตามแรงโน้มถ่วงของโลกโดยแขวนถุงน้ำยาล้างไตเหนือระดับตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องผู้ป่วยหมดถุงแล้วน้ำยาจะถูกปล่อยค้างไว้ในช่องท้องเป็นเวลาประมาณ 4-8 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และ 6-12 ชั่วโมงในตอนกลางคืน ระยะเวลานี้จะในช่วงที่มีการขนส่งน้ำและของเสียต่างๆ ที่อยู่ในร่างกายออกมาสู่น้ำยาล้างไต เมื่อครบกำหนดเอาน้ำยาล้างไว้ในช่องท้องแล้ว ก็จะปล่อยน้ำยาล้างไตออกโดยใช้แรงโน้มถ่วงของโลก ส่วนใหญ่ถ้าไม่มีปัญหาเรื่องการอุดตัน หรือการผิดปกติแห่งของสายของสายในช่องท้องแล้วใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อน้ำยา 1 ลิตร เมื่อน้ำยาถูกถ่ายเทออกหมดแล้วก็จะเริ่มวงจรต่อไป (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2544) และสำหรับจำนวนครั้งและความถี่ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา รวมทั้งปริมาณน้ำยาที่ใช้จะปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาจาก residual renal function และคุณสมบัติของเยื่อผนังช่องท้องในการแลกเปลี่ยนสาร

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ต้องทำการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะมีข้อบ่งชี้ที่จะใช้ประกอบการพิจารณา คือ (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2545)

- 1) ผู้ป่วยต้องการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือไม่สามารถฟอกเลือดทดแทนได้
- 2) ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเกลือแร่และน้ำในร่างกายได้ในระยะเวลาสั้น เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น
- 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ

4) ผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามด้านร่างกายต่าง ๆ เช่น ไม่มีช่องต่อระหว่างช่องท้องกับทรวงอก ไม่เคยผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง หรือไม่มีอาการปวดหลังจากความไม่ผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลัง (สุจิตรา ลิมอำนาจ, 2544)

ข้อดีของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

- 1) ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านหรือที่ทำงานได้และไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น (Ellam & Wilkie, 2007) ผู้ป่วยมีอิสระ สามารถไปไหนมาไหนได้อย่างอิสระ เพราะการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถทำได้เองที่บ้านซึ่งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ดีขึ้นว่าสามารถควบคุมได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนสามารถทำงานต่อไปได้ และสามารถมีกิจกรรมที่เป็นปกติได้
- 2) ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์ไตเทียม หรือต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางนานหรือระยะทางไกลสามารถรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ เป็นวิธีที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ไม่ต้องเดินทางมาหน่วยไตและเสียเวลาฟอกเลือด ผู้ป่วยเดินทางมาพบแพทย์ตามแพทย์หรือเฉพาะที่มีภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น
- 3) ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อปัจจัยในการติดเชื้อไวรัสที่เกิดจากการเปลี่ยนถ่ายเลือดได้น้อยกว่าการบำบัดทดแทนไตแบบอื่น
- 4) ผู้ป่วยสามารถช่วยรักษาหน้าที่การทำงานของไตที่เหลืออยู่ได้ดีและลดภาวะไม่ทำงานของไตหลังการปลูกถ่ายไตได้มาก
- 5) ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด โดยเฉพาะผัก และผลไม้ เพราะมีการล้างของเสียออกตลอดเวลา ไม่เกิดภาวะโปแตสเซียมเกิน จนเป็นพิษต่อหัวใจ (ชูชัย ศรธานี, 2551)
- 6) ผู้ป่วยมีการปรับระดับคลอกรด-ด่าง ได้มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ธันดา ตระการนิช, 2551) เนื่องจากมีค่าไบคาร์บอเนตใกล้เคียงค่าปกติ (Mujais, 2003)
- 7) ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดน้อยกว่าการรักษาในแบบอื่น ๆ และเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ เบาหวาน หรือผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ โดยให้อินซูลินทางช่องท้อง และการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตมีน้อยกว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากการรักษาวิธีนี้มีการแลกเปลี่ยนน้ำและโซเดียมตลอดเวลา (สุจิตรา ลิมอำนาจ, 2544)
- 8) ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดแข็ง หรือเด็กเล็กที่มีหลอดเลือดขนาดเล็ก จะมีปัญหาเรื่อง Vascular access ที่ใช้ฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องไม่ต้องใช้เส้นเลือดจึงเหมาะสมกว่า (ชูชัย ศรธานี, 2551)

9) ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าน้ำยา และพบว่าค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งในแง่ค่าใช้จ่ายเป็นตัวเงิน (government's perspective) ค่าใช้จ่ายรวมทั้งค่าใช้จ่ายตัวเงินและค่าใช้จ่ายแฝง (society's perspective) (Teerawattananon, Mugfud, & Tangchroensathien, 2007)

ข้อดีของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2544)

- 1) มีโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ จากการล้มเหลวในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับเทคนิคการปลดท่อ การรักษาความสะอาดร่างกาย และสิ่งแวดล้อม
- 2) เกิดภาวะขาดน้ำได้ง่ายเนื่องจากการขับน้ำเกลือตลอดเวลา
- 3) อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายมีการดูดซึมเดกโตรสจากน้ำยาเข้าสู่ร่างกาย อาจทำให้ไขมันในเลือดสูงได้
- 4) สูญเสียสภาพลักษณะ เนื่องจากการฝังท่อ Tenckhoff มีถุงน้ำยา และน้ำยาอยู่ในช่องท้องตลอดเวลา
- 5) มีโอกาสไส้เลื่อน และปวดหลังเนื่องจากน้ำยาล้างไตที่ใส่ไว้ในช่องท้องจะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น
- 6) ต้องอาศัยการดูแลตนเองสูง เนื่องจากต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเองวันละ 3-4 ครั้ง ต้องดูแลแผลที่หน้าท้อง และดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม
- 7) มีการสูญเสียโปรตีน และวิตามินบางชนิดออกไปกับขบวนการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

- 1) การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) การติดเชื้อในช่องท้องเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยไตเทียม และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (Johnson et al., 2009) อาการที่พบเริ่มแรกของการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น น้ำยาที่ปล่อยออกมาจากช่องท้องขุ่น หรือมีอาการปวดท้อง อาจจะมีไข้หรือไม่ไข้ก็ได้
- 2) การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังรอบ ๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้อง

(exit site infection) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (Bender, Bernardini, & Piraino, 2006) ลักษณะที่สำคัญ คือ ตรวจพบอาการอักเสบ บวมแดงบริเวณดังกล่าว บางครั้งอาจมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกจากบริเวณรอบ ๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้อง

3) การสูญเสียน้ำของเยื่อช่องท้อง (ultrafiltration failure) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของน้ำและเกลือแร่เกินในร่างกาย โดยไม่ได้เกิดจากการดื่มน้ำมากเกินไป แต่เกิดจากการที่ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมาน้อยกว่าปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องท้องทำให้เกิดการสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้องอย่างมากที่สุด สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องท้องดังกล่าว เชื่อว่าเกิดภายหลังจากการติดเชื้อในช่องท้อง

4) ไข้เลือด และการบวมของอวัยวะเพศ (hernia and genital edema) สาเหตุเกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้องจากน้ำยาล้างไต ทำให้หน้าท้องขยาย และเกิดไข้เลือดขึ้นในส่วนที่อ่อนแอของผนังหน้าท้อง

5) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหายใจ (respiratory complication) เช่น ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) เกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ultrafiltration เสีย หรือดื่มน้ำและรับประทานอาหารเค็มมากเกินไป

6) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular complication) เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน ก็จะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ระหว่างที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือภาวะหัวใจล้มเหลว

7) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบการเผาผลาญ (metabolic complication) เช่น ภาวะสูญเสียโปรตีน (protein loss) ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้นจะมีการสูญเสียโปรตีนออกมาทางน้ำยาล้างไตประมาณวันละ 5-15 กรัม และกรดอะมิโนประมาณ 3 กรัม (ชาลิตร์ตันกุล, 2550) และเพิ่มมากขึ้นถ้ามีเยื่อช่องท้องอักเสบการให้อาหารโปรตีนที่มีคุณภาพสูง วันละ 1-1.5 gm/kg น้ำหนักตัว จะช่วยให้ร่างกายได้รับโปรตีนที่เพียงพอ

8) ปวดหลัง (back pain) อาการปวดหลังมักพบได้เสมอในผู้ป่วยที่ทำ CAPD มานาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและอ้วนที่มีปัญหาอาการปวดหลังอยู่แล้ว ผู้ป่วยที่ขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับมี renal osteodystrophy ทำให้เกิดความผิดปกติในกระดูกสันหลัง อาจเกิดกระดูกสันหลังหัก การใช้น้ำยา 2 ลิตรทิ้งค้างไว้ในช่องท้องจะทำให้เกิดอาการมากขึ้น ในการแก้ไขผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากควบคุมอาหาร และในรายที่มีอาการปวดมากควรลดปริมาณน้ำยาแต่ละถุงลง แต่ต้องล้างช่องท้องให้บ่อยครั้งขึ้น ถ้าไม่ได้ผลอาจจะต้องพิจารณาในการเปลี่ยนการรักษาแบบชนิดอื่น หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2544)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษา การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก็เป็นวิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างเป็นธรรมชาติ และเหมาะสม

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

แบบจำลองการจัดการกับอาการ พัฒนามาจากการวิจัยและการปฏิบัติงานทางคลินิกของกลุ่มนักวิชาการอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแนวคิดนี้เริ่มต้นพัฒนาโดย Larson และคณะ (1994) และต่อมา Dodd และคณะ (2001) ได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบจำลองนี้ใหม่ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่าอาการซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงมากนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้นแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ ตามแนวคิดทางการแพทย์ นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วย

แบบจำลองการจัดการกับอาการมีข้อตกลงเบื้องต้น 6 ข้อดังนี้ (Dodd et al., 2001)

- 1) การรับรู้ประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวเอง
- 2) อาการอาจจะยังไม่เกิดแต่บุคคลอาจจะมีประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการไปประยุกต์ใช้ได้
- 3) บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ อาจป้องกันการเกิดหรือไม่ให้เกิดอาการเพิ่มขึ้นเช่น งานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการจะเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีประสบการณ์อาการนั้น
- 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เช่น ทารก ผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูด อาจมีประสบการณ์อาการ และรายงานอาการหรือแปลความโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดควรได้รับการจัดการ
- 5) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล ครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

6) การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านการพยาบาลของบุคคล ภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

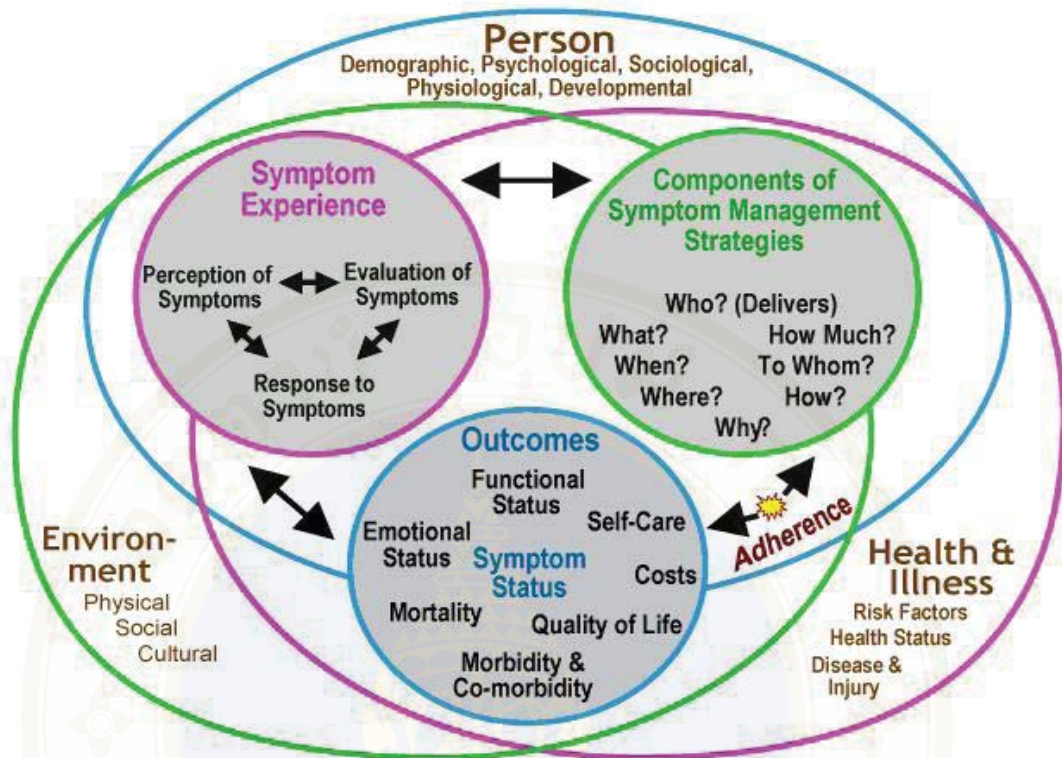
แบบจำลองการจัดการกับอาการนี้ได้ตระหนักถึงองค์ประกอบด้าน บุคคล ภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ทั้ง 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลดังนี้

1) องค์ประกอบด้านบุคคล (Person domain) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic) จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลมีมุมมองและการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลตามระดับพัฒนาการและวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล

2) องค์ประกอบด้านภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย ประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการและผลลัพธ์

3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น โดยองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ด้านกายภาพ (physical) ด้านสังคม (social) และวัฒนธรรม (cultural) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพอาจรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และ โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมด้านสังคมประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม (social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรม ส่วนด้านวัฒนธรรมนั้นเป็นความเชื่อ การมีคุณค่าและการปฏิบัติที่เป็นแบบแผนอย่างเดียวกันในกลุ่มชน หรือเชื้อชาตินั้น ๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) ดังแสดงในภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



รูปภาพที่ 2 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Conceptual Model) (Dodd et al., 2001) ได้รับอนุญาตเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2552.

1. **ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)** ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการและอาการตอบสนองต่ออาการ จะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม การเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบภายในโมเดลประสบการณ์อาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการและการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้ต่ออาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione & Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตต่อตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ระดับความรุนแรงสูงขึ้น ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย การรับรู้อาการ

(Perception of symptom) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การรับรู้อาการ หมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัว แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1994) มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์อาการ จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล หรือการรักษา

2) การประเมินอาการ ซึ่งการประเมินอาการจะมีความซับซ้อนจากปัจจัยประสบการณ์อาการ โดยการประเมินอาการ จะประเมินในเรื่องความรุนแรง ตำแหน่งของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง ความบ่อย และผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามจากอาการ

3) การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองในระยะยาว

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies)

กลวิธีการจัดการกับอาการ เป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง (self-care) การใช้ยา(biomedical) หรือการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ กลวิธีการจัดการกับอาการเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์อาการ จากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร (Dodd et al., 2001)

วิวัฒนาการของการวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีการพัฒนาจากเป้าหมายของการจัดการกับอาการซึ่งเดิมมุ่งเพียงแค่ตัวผู้ป่วยไปสู่สมาชิกในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นเหมือนกับผู้ที่ได้รับประสบการณ์จากตัวผู้ป่วยซึ่งเคยมีประสบการณ์กับอาการมาแล้ว เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการของตนเองด้วยเช่นกัน (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001)

3. ผลลัพธ์ (outcome)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการ และประสบการณ์การมีอาการแบบจำลองการจัดการกับอาการ ฉบับที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ มีผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพอยู่ 8 ปัจจัยคือได้แก่ 1) ค่าใช้จ่าย (cost) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รายได้ที่ลดลงจากรายจ่ายที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้องทำให้ต้องเสียโอกาสในการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (emotional status) ดีขึ้นหรือแย่ลง 3) มีการดูแลตนเองเป็นอย่างไร (self – care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ดีขึ้นหรือไม่ 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นอย่างไร 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and comorbidity) เป็นอย่างไร 7) อัตราการตาย (mortality) เพิ่มขึ้นหรือไม่ และ 8) สภาวะอาการ (symptom status) เป็นอย่างไร โดยผลลัพธ์ทั้งหมดนี้อาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของแต่ละบุคคล ต้องการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและกินสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นต่อการควบคุมการเกิดอาการซึ่งเกิดขึ้นอีก (Dodd et al., 2001)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า

1. ความหมายของอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้า เป็นการรับรู้ความรู้สึกของบุคคล หรืออาการแสดงที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ อาการอ่อนล้า นั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งในบุคคลที่ปกติหรือบุคคลที่มีความเจ็บป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไป ดังนี้

Piper, Lindsey, และ Dodd (1987) ได้ให้ความหมาย อาการอ่อนล้า ว่าหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อาจเกิดอาการอ่อนล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยการพักผ่อนไม่สามารถทำให้ความรู้สึกอ่อนล้านี้หายไปได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

Aistars (1987) ได้กล่าวว่า อาการอ่อนล้า หมายถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย หดแรงแรงและไม่มีพลังงานจากการมีความเครียดเป็นระยะเวลานาน และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิต

Skalla และ Lacasse (1992) ได้ให้ความหมาย อาการอ่อนล้า ว่าหมายถึงความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติอันเป็นผลกระทบจากการทำกิจกรรมและสูญเสียพลังงาน

Ream และ Richardson (1996) ได้ให้ความหมาย อาการอ่อนล้า ว่าหมายถึง ความรู้สึกของการรับรู้ของบุคคลว่า มีอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกาย โดยเริ่มจากอาการเหน็ดเหนื่อย (tiredness) จนทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (exhaustion) อย่างต่อเนื่องและส่งผลรบกวนต่อความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรที่เป็นปกติของบุคคล

Piper และคณะ (1998) กล่าวถึงอาการอ่อนล้า ว่าการรับรู้อาการอ่อนล้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะคือ บุคคลรับรู้ด้วยตนเองและจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยการรับรู้ดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการเกิดอาการอ่อนล้า นั้น โดยการประเมินอาการอ่อนล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยจะประเมินได้ 4 มิติ คือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ของอาการอ่อนล้า ซึ่งประกอบด้วยผลกระทบของอาการอ่อนล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า คือการให้ความหมายของอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของอาการอ่อนล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ส่วนการประเมินอาการอ่อนล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นประเมินได้จากทางกาย ชีวเคมี และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า อาการอ่อนล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่า รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียจนรู้สึกว่ามีไม่แรง โดยมีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ส่งผลรบกวนต่อความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจ และคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

2. ชนิดของอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับบุคคล ไม่ว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งอาการอ่อนล้า สามารถแบ่งตามระยะเวลาในการเกิดอาการอ่อนล้าได้เป็น 2 ชนิด (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ได้แก่

1) อาการอ่อนล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) เป็นอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้โดยทั่ว ๆ ไปของร่างกาย หรือเกิดขึ้นเฉพาะส่วน ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากการออกแรงทางกายมากเกินไป โดยจะเกิดขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็วและเป็นระยะเวลาสั้นไม่เกิน 1 เดือน ถ้าได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องก็สามารถหายกลับคืนปกติได้ อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นนี้เป็นกลไกในการเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อน เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานหนักเกินไป ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันหรือคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย

2) อาการอ่อนล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นอาการอ่อนล้าที่ผิดปกติ ซึ่งจะค่อย ๆ เกิดเพิ่มมากขึ้น มีอาการนานมากกว่า 1 เดือน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะมีอาการคงที่ หรืออาจจะกลับเป็นซ้ำอีก ไม่สามารถหายกลับสู่สภาพปกติในระยะเวลาที่รวดเร็ว และต้องใช้เวลาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งอาจจะส่งกระทบต่อการดำรงชีวิตที่ค่อนข้างรุนแรง อาการอ่อนล้าชนิดนี้ถ้าเกิดขึ้นนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป เรียกว่า กลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome; CFS) อาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค และส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้าน ร่างกาย สังคม และการทำงาน (Kim, Shin, & Won, 2005)

สำหรับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้นมักเป็นอาการอ่อนล้าชนิดเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติ ซึ่งเกิดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีระยะเวลานาน ความรุนแรง และมีความซับซ้อนยากที่จะวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอไม่สามารถทำให้ความรู้สึกอ่อนล้าหายไปได้ ต้องใช้การบรรเทาหลายวิธีร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการบรรเทาอาการด้วยตนเองหรือผู้ดูแล

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าเป็นปรากฏการณ์หลายมิติ และเกิดได้หลายสาเหตุ แต่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้า นั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จึงมีผู้ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า ไว้ดังนี้

1) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของ Ryden (Ryden's Conceptual Framework of Energy Expenditure) ได้อธิบายว่า ร่างกายของมนุษย์เป็นระบบเปิด ได้รับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมมาเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งพลังงานที่ได้รับมานั้นมีความจำเป็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำงาน การมีกิจกรรมทางสังคม และการทำงานอดิเรก แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น พลังงานที่ร่างกายได้รับมาจึงจำเป็นต้องถูกนำไปใช้ เพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูร่างกาย ทำให้ร่างกายมีพลังงานน้อยลง ในการทำกิจกรรมอื่น ๆ รวมทั้งความเครียดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานมากขึ้น ทำให้พลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไป จนทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Ryden, 1997 cited in Payne, 2004)

2) Aistar's Organizing Framework (Aistar, 1987) เสนอว่าความเครียดเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอาการอ่อนล้า และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีทั้ง ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) โดยผลของตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย

อย่างไรขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อความเครียด ซึ่งความเครียดตามความหมายของ Aistar แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical stress) และความเครียดทางด้านจิตใจ (Mental stress)

3) Energy Analysis Model (Irvine, Vincent, Graydon, Bubela, & Thrmpson, 1994) ซึ่งเชื่อว่าร่างกายของมนุษย์เป็นระบบเปิดต้องพึ่งพาพลังงานทั้งจากภายใน และภายนอกจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างพลังงานให้ร่างกาย แต่ถ้าสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก มีการส่งพลังงานให้ร่างกายลดลงในขณะที่ร่างกายมีความต้องการในการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น อันเกิดได้จากความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจ จึงส่งผลให้เกิดเป็นอาการอ่อนล้าขึ้น

4) Psychobiologic – entropy model (Winninggham, 1995) โดยอธิบายเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า ว่าเป็นภาวะการขาดพลังงานซึ่งเกิดจากเงื่อนไขบางประการหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค เป็นอาการแสดงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาการอ่อนล้ามีลักษณะเฉพาะและมีบทบาทสำคัญต่อเนื่องจากสามารถทำให้เกิดการไร้ความสามารถในบุคคลนั้นได้ แม้ว่าอาการอ่อนล้าจะเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับ ท้องเสีย อาเจียน ความเจ็บปวด แต่อาการอ่อนล้าสามารถทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลลดลง และอาการอ่อนล้าระยะที่ 2 (secondary fatigue) จะเกิดหลังจากการลดกิจกรรมทางกายดังกล่าว ทำให้เกิดวงจรของการลดกิจกรรมขึ้น ส่งผลให้สภาวะการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งก่อให้เกิดการไร้ความสามารถ รวมทั้งเพิ่มอัตราการเกิดโรคได้ด้วย

5) Integrated Fatigue Model (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า และเกิดเป็นทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าขึ้น กรอบแนวคิดนี้กล่าวถึง ปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าโดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ และรายงานการวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวประกอบด้วย 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านกายภาพ (physiology factors) ด้านชีวภาพ (biological factors) และทางด้านจิตสังคม (psychological factors) ดังต่อไปนี้

5.1) การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญในร่างกาย (accumulation of metabolic) โดยปกติเซลล์กล้ามเนื้อของร่างกายจะมีของเสียอยู่น้อยมาก เนื่องจากร่างกายมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อใดที่ร่างกายมีการสะสมของของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญมากขึ้น ได้แก่ กรดแลคติก ไพรูเวท และไฮโดรเจนไอออน ของเสียเหล่านี้จะมีผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อได้

5.2) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้อพลังงาน (changes in energy and energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้อพลังงานมีส่วน

เกี่ยวข้องกับสารอาหารที่ได้ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน โดยพบว่า ทั้งเวลา จำนวน และชนิดของสารอาหาร ที่ได้รับอิทธิพลต่อการเกิดอาการอ่อนล้า สารอาหารที่ร่างกายได้รับจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสารที่ให้พลังงานสูง เอทีพี ซึ่งใช้เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย นอกจากนั้น สารอาหารประเภทโปรตีนยังช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของใยกล้ามเนื้ออีกด้วย หากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายจะขาดสารให้พลังงานสูง เอทีพี ที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือใยของกล้ามเนื้อเกิดการขาดโปรตีนทำให้กล้ามเนื้อหดตัวลดลง เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อได้ (Piper, 1991)

5.3) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (activity / rest patterns)

การเปลี่ยนแปลงหรือการพักผ่อนมีความสำคัญต่อการเกิดอาการอ่อนล้า การที่ร่างกายมีกิจกรรมที่มากเกินไป ร่างกายต้องใช้พลังงานมากจนต้องดึงพลังงานสะสมมาใช้เป็นผลให้ร่างกายขาดพลังงาน หรือมีการสะสมของเสียจากการเผาผลาญมากขึ้น การที่ร่างกายมีกิจกรรมน้อยเกินไปติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ กล้ามเนื้อจะมีความตึงตัวลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้ การพักผ่อนก็มีความสำคัญ สามารถพักผ่อนได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพักผ่อนทำได้ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมให้น้อยลง การหยุดทำกิจกรรมเป็นช่วง ๆ การพูดคุย ไปจนถึงการงีบหลับหรือการนอนหลับ หากร่างกายยังคงทำกิจกรรมอย่างหนักต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่างกายจะไม่สามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลเกิดอาการอ่อนล้าได้

5.4) แบบแผนการหลับและการตื่น (sleep/wake patterns) พบว่า อาการ

อ่อนล้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวงจรชีวภาพ ในระยะที่ 3 ของการนอนหลับ จะเป็นช่วงการหลับที่ไม่มี การกรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement sleep; NREM) เป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายคลายตัว อวัยวะต่าง ๆ ได้พักผ่อน ร่างกายมีการใช้พลังงานลดลง เป็นระยะที่มีการสร้างและสะสมสารให้พลังงาน เอทีพี ไว้ใช้ นอกจากนั้นยังเป็นระยะที่มีการสะสมโปรตีนในกล้ามเนื้ออีกด้วย เมื่อบุคคลนอนหลับมาถึงระยะที่ 4 ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (growth hormone; GH) ออกมาเพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ หากบุคคลนอนหลับไม่เพียงพอ ที่การตื่นบ่อย ๆ ในช่วงการนอนหลับ หรือมีการตื่นเร็วกว่าปกติ อาจเป็นผลให้ร่างกายไม่สามารถสร้างสารให้พลังงานสูง เอทีพี สะสมโปรตีน หรือหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

5.5) แบบแผนของโรค (disease patterns) อาการอ่อนล้าเกิดร่วมกับโรค

ต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคชนิดเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับระบบประสาทกล้ามเนื้อ โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ โรคเบาหวาน และโรคข้ออักเสบ เป็นต้น

อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากเมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจมีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และดึงพลังงานที่สะสมมาใช้เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ หรืออาการอ่อนล้าอาจเกิดจากภาวะเครียดต่อโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้นเกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้นอกจากนั้นอาการอ่อนล้ายังขึ้นอยู่กับชนิด และบริเวณที่เป็นโรคอีกด้วย (Piper, 1991)

5.6) แบบแผนของการรักษา (treatment patterns) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับผลต่ออาการอ่อนล้าได้ เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด การได้รับรังสีรักษา การรักษาด้วยชีวเคมี การผ่าตัด หรือแม้แต่การตรวจวินิจฉัยโรค ก็สามารถทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้เช่นกัน อาการอ่อนล้าอาจเกิดจากอาการข้างเคียงของการได้รับการรักษาหรือการตรวจ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องเสีย เบื่ออาหาร ทุกข์ทรมาน และการได้รับยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาคุมสลับ ยาแก้ปวดบางชนิด เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมึนงง ง่วงซึม และอ่อนเพลีย ซึ่งนำไปสู่อาการอ่อนล้า (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

5.7) แบบแผนแสดงอาการของโรค (symptom patterns) อาการของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้า เช่น อาการไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อ อาการเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่ออาหาร อาการหนาวสั่น เหงื่อออก อาการอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ร่างกายมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรืออาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

5.8) แบบแผนด้านจิตใจ (psychological patterns) ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของอาการอ่อนล้าที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจ และการเผชิญกับภาวะเครียด ซึ่งความเบื่อหน่ายหรือการขาดแรงจูงใจ จะทำให้ระบบเรติคูลาร์แอคทิเวติง (reticulum activating) ไม่สามารถคงไว้ซึ่งความตื่นตัวเป็นผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ การเผชิญกับภาวะเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary) และต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) ทำให้ร่างกายมีการทำงานอย่างไม่เป็นระเบียบ หัวใจเต้นเร็ว หลอลดลมขยาย การเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมัน และกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น และในขณะเดียวกันจะมีการยับยั้งการหลั่งอินซูลิน (insulin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่พาคาร์โบไฮเดรตเข้าสู่เซลล์เพื่อใช้สังเคราะห์เป็นไกลโคเจน (glycogen) (Aistras, 1987; Piper, 1993)

5.9) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงในระบบการควบคุมหรือการส่งผ่าน (change in regulation/transmission patterns) เมื่อมีสิ่งเร้าไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าจากภายใน หรือภายนอก มากระตุ้นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย จะมีการส่งสัญญาณผ่านไปยังระบบเรติคูลาร์แอคทิเวติง

(reticulum activating) เพื่อให้เกิดการรับรู้และตื่นตัวไปยังสมองใหญ่ จากนั้นสมองใหญ่จะส่งสัญญาณไปที่ไขสันหลังเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว หากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณ ทางผ่านของสัญญาณ หรือสารสื่อประสาทจะทำให้สัญญาณประสาทไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ บุคคลจึงเกิดความง่วงซึม ไม่ตื่นตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงเกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้ (Piper, 1993)

5.10) แบบแผนการใช้ออกซิเจน (oxygenation patterns) การเกิดจากความไม่เพียงพอของออกซิเจนในร่างกายไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม เช่น จากพยาธิสภาพของโรคเกี่ยวกับระบบหายใจ ภาวะซีดจากตัวนำออกซิเจนในเลือดลดลงหรือเกิดจากการทำงานของร่างกายที่มากหรือนานเกินไปจนระดับออกซิเจนที่มีอยู่ในร่างกายไม่เพียงพอ หากร่างกายไม่สามารถสลายสารให้พลังงานสูง เอทีพี มาใช้งานได้ ร่างกายขาดพลังงานเกิดเป็นอาการอ่อนล้าตามมาได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

5.11) แบบแผนสภาพแวดล้อม (environment patterns) เกิดเนื่องจากบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่ที่มีเสียงดังมากเกินไป มีแสงสว่างมากเกินไป ร้อนมากเกินไปหรือสถานที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายจากความซ้ำซากจำเจ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ซึ่งอาจไปมีผลยับยั้งการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอคทีเวติง (reticulum activating) ได้บุคคลจึงขาดความตื่นตัว ความอดทนต่อการทำกิจกรรมลดลง รู้สึกเหนื่อยง่าย ง่วงซึมอยากหลับตลอดเวลา กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง นำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1991)

5.12) แบบแผนเหตุการณ์ในชีวิต (life event patterns) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงตามการเจริญเติบโตและตามพัฒนาการ (Piper et al., 1987) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียด นำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1991)

5.13) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (innate host factor) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เป็นต้น อายุที่มากขึ้น ทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอดลดลง ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหารย่อยดูดซึมได้ไม่ดี อีกทั้งเรื่องเพศทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้โดย พบว่าเพศหญิงจะมีการเสียเลือดเป็นประจำเดือน และหลังคลอดบุตร ภาวะดังกล่าวทำให้พลังงานในร่างกายลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1993)

5.14) แบบแผนทางสังคม (social patterns) วิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ต้องแยกตัวออกจากสังคมหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจทำให้บุคคลรู้สึกเครียด ซึ่งสามารถนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1991)

4. แนวทางการประเมินอาการอ่อนล้า

แนวทางการประเมินอาการอ่อนล้า ซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินอาการอ่อนล้าไว้หลายลักษณะ แต่สามารถแบ่งเครื่องมือแบบประเมินอาการอ่อนล้าได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) แบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการรับรู้ของบุคคล (subjective data) และ 2) แบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการสังเกตพฤติกรรม (objective data) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการรับรู้ของบุคคล (subjective data) แบบประเมินชนิดนี้เป็นแบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดอาการอ่อนล้าเอง ได้แก่

1.1 The Multidimension Assessment of Fatigue (MAF) เป็นแบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Tack (ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ระดับอาการอ่อนล้า ความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลา แบบประเมินนี้มีลักษณะ เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale; NRS) เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร แบ่งเป็น 10 จุด ตั้งแต่ 1 ไม่มีอาการอ่อนล้า ถึง 100 มีอาการอ่อนล้ารุนแรงที่สุด Belza (1995) นำไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 (Tack cited in Belza, 1995)

1.2 Visual Analogue Scale for Fatigue (VAS- F) ซึ่งพัฒนาโดย Lee, Hickh, & Nino - Murcia) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเพื่อประเมินด้านพลังงานจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเพื่อประเมินอาการอ่อนล้าจำนวน 13 ข้อ ซึ่งผู้สร้างเครื่องมือได้นำไปใช้ในบุคคลที่มีสุขภาพดีจำนวน 75 ราย และในบุคคลที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับจำนวน 57 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ (Lee, Hickh, & Nino - Murcia cited in Aaronson , 1999)

1.3 The Piper Fatigue Scale (PFS) เป็นแบบประเมินอาการอ่อนล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่ง Piper และคณะ ปรับปรุงมาจากแบบประเมินอาการอ่อนล้าเดิมในปี ค.ศ. 1987 และ 1989 โดยแบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ระยะเวลา ความรุนแรง การรับรู้ และความรู้สึก ซึ่ง Piper และคณะได้นำไปประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน

35 ราย และผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 15 ราย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ 0.85 ต่อมา Piper ได้ปรับแบบประเมินเหลือเพียง 27 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 1 เป็นคำถามเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระยะเวลาที่รับรู้การอ่อนล้า ข้อ 2 - 23 เป็นคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราวัดระดับอาการอ่อนล้าที่เป็นตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดยทางซ้ายมือประกอบด้วยวลี “ไม่เลย” และทางขวามือกำกับด้วยวลี “มากที่สุด” แบบประเมินที่ปรับใหม่นี้ประเมินอาการอ่อนล้าใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral / severity) ได้แก่ข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 2-7 โดยเน้นระดับความทุกข์ทรมานการรบกวนประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถในการพบปะพูดคุยหรือกิจกรรมในสังคม การถูกรบกวนชีวิตทางเพศ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม อันเป็นผลมาจากอาการอ่อนล้า และระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าในขณะนั้น 2) ด้านการรับรู้ความหมาย (affective meaning) ได้แก่ ข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 8 - 12 เป็นการให้ความหมายหรือลักษณะอาการอ่อนล้าที่กำลังประสบอยู่ 3) ด้านความรู้สึก (sensory) ได้แก่ ข้อคำถามข้อ 13 - 17 ประกอบด้วย คำถามที่เน้นถึงความรู้สึกในขณะนั้น ประกอบด้วยความรู้สึกแข็งแรง ความตื่นตัว ความมีชีวิตชีวา ความสดชื่น การมีพลังและความอดทน และ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ (cognitive / mood) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 18 - 23 ซึ่งถามถึงความรู้สึกผ่อนคลาย ร่าเริง ความสามารถในการรวบรวมสมาธิ ความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ และความสามารถในการคิด ซึ่ง Piper และคณะ รายงานความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.97 ส่วนข้อ 24 - 27 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมและบรรเทาอาการอ่อนล้า วิธีการที่ทำให้อาการอ่อนล้าทุเลาลง และอาการแสดงอื่น ๆ (Piper, Dibble, Dodd, Weiss, Slaughter, & Paul, 1998)

1.4) Fatigue Severity Scale (FSS) แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า และระดับอาการอ่อนล้า แต่ละข้อแบ่งเป็น 7 ระดับ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ง่ายและรวดเร็ว ได้มีการนำมาหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย multiple sclerosis (MS), โรคเอสแอลอี (SLE) พบว่า สามารถแยกระหว่าง อาการอ่อนล้าในผู้ป่วยและการควบคุมอาการได้เป็นอย่างดี แบบประเมินอาการอ่อนล้านี้ ได้มีการนำมาพัฒนาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 (Bonner, Wellard, & Caltabiano, 2008)

1.5) The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) พัฒนาโดย Smets และคณะ (1995) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ อาการอ่อนล้าทั่วไป ด้านร่างกาย การทำกิจกรรมที่ลดลง แรงงูจที่ลดลง และด้านจิตใจ แต่ละข้อ

แบ่งเป็น 5 ระดับ แบบประเมินนี้ถูกสร้างมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ได้นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างดี อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ มีความสัมพันธ์กันน้อย ยกเว้นทางด้านจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันมาก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995) แบบประเมินอาการอ่อนล้านี้ มีนักวิจัยได้นำมาพัฒนาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นต่ำ ซึ่งต้องใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้าอื่นมาช่วยประเมินร่วม (McCann & Boore, 2000) และมีการศึกษาของ O'Sullivan และ McCarthy (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้ากับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้านี้ในการวิจัยแต่ไม่ได้รายงานผลค่าความเชื่อมั่น

2. แบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการสังเกตพฤติกรรม (objective data) แบบประเมินชนิดนี้เป็นการประเมินอาการอ่อนล้า โดยการสังเกตจากการแสดงออกของผู้ที่มีอาการอ่อนล้า ซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน เช่น พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจและแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด เพิกเฉยละเลยเรื่องต่าง ๆ ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ความคล่องตัวลดลง ตอบคำถามด้วยประโยคสั้น ๆ ไม่ต้องการพูดกับใคร หายใจตื้น สีหน้าอิดโรย (Piper, 1993) ในปัจจุบันแบบประเมินอาการอ่อนล้าจากการสังเกตพฤติกรรมได้แก่

2.1 แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Roten (1982) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0 –10 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะสีผิว และการหายใจ 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การแสดงออกทางสายตา ทางสีหน้า และการพูดคุยกับบุคคลอื่น 3) ด้านการมีกิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเดิน ลักษณะท่าทาง และการรับประทานอาหารและน้ำ และ 4) ด้านทัศนคติ ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ซึ่งการประเมินทั้ง 4 ด้านจะสังเกตจากปฏิกิริยาของร่างกาย หรือการกระทำที่แสดงออกมาตอบสนองต่ออาการอ่อนล้า แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Roten นี้ได้นำไปประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าการใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้า จากการสังเกตพฤติกรรมนี้ ผลที่ได้ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากผู้สังเกตมีความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมอาการอ่อนล้า ส่งผลให้ระดับอาการอ่อนล้าที่ประเมินได้มีค่าต่ำหรือสูงกว่าความรู้สึกที่แท้จริง อย่างไรก็ตามแบบประเมินอาการอ่อนล้านี้มีข้อดีคือ เป็นแบบประเมินที่สั้น และง่ายต่อการเข้าใจ

การประเมินอาการอ่อนล้าด้วยข้อมูลอ้อม (objective data) นอกจากใช้การสังเกตพฤติกรรมแล้ว สามารถใช้ข้อมูลอื่น ๆ ประเมินร่วมด้วย เช่น การตรวจทางสรีรวิทยา และชีวเคมี

ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ การใช้ออกซิเจน (oxygen consumption) อุณหภูมิร่างกาย และระดับฮีมาโตคริต (hematocrit) ร่วมด้วย เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Piper และคณะ (1998) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นข้อความที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ง่ายโดยใช้เวลาเพียงประมาณ 5-10 นาที ซึ่งเพียงใจ คาโลปการ (2545) ได้ดำเนินการโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) แล้วนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.97 ส่วนวาทีณี ศรีไทย (2548) ได้นำมาประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.93 และรณรัตน์ หลีสุข (2549) นำมาประเมินอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94 เนื่องจากแบบประเมินนี้ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นซึ่งได้ผลในระดับที่ยอมรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ การใช้แบบประเมินดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการเกิดอาการอ่อนล้าได้สูงถึง 88 % (Uhlén & Gustafsson, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัญหาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาของ Bonner และคณะ (2008) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไตในประเทศสวีเดน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย พบว่าระดับอาการอ่อนล้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีระดับสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

และกลุ่มผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ตามลำดับ และอาการอ่อนล้าไม่มีความสัมพันธ์กับ อายุ สถานภาพ เชื้อชาติ แต่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินในเลือด และวิธีการรักษา และการศึกษาของ Ossareh และคณะ (2003) ได้ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเรื้อรังในประเทศแคนาดาโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติจำนวน 100 แฟ้ม ประเมินอาการอ่อนล้าจากการบันทึกอาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ จำนวนน้ำยาล้างไตและความเพียงพอในการล้างไต (Kt/V) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการรับรู้อาการอ่อนล้าตั้งแต่เริ่มการล้างไตทางช่องท้องครั้งแรก และมีการรับรู้อาการอ่อนล้าเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการล้างไตทางช่องท้องเป็นเวลานาน และพบว่าระดับฮีโมโกลบินเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มากที่สุด

อย่างไรก็ตามพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องยังคงมีน้อย โดยส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจากการศึกษาของ Lee และคณะ (2007) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยได้วันจำนวน 14 คน ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้าเกิดขึ้นทันทีหลังการได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย มีความทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ ร่างกายมีพลังงานไม่เพียงพอ มีผลทำให้ไม่ชอบหรือเบื่อการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอาการซึมเศร้า รู้สึกหมดแรงไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม แรงจูงใจ ความสนใจสิ่งรอบข้างลดลง และมีวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการสร้างพลังงานให้แก่ร่างกาย สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าที่ผ่านมา มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการวิจัยของชิรณัฐ เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) ได้ศึกษาประสบการณ์ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าว่า รู้สึกอ่อนเพลีย รบกวนการทำงานในระดับที่มาก ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้ร่างกายเกิดอาการปวดเมื่อย ความอดทนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง และทำให้เกิดความเครียด ส่วนการศึกษาของบุญมี แพร้งสกุล (2545) ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 134 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาการอ่อนล้ามีอาการแสดงออกต่าง ๆ คือ ปวดศีรษะ เป็นตะคริว ปวดข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คัน เจ็บหน้าอก หายใจถี่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและอาการท้องเสีย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในต่างประเทศยังมีน้อย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาก่อน โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน ตามพยาธิสภาพของโรค รูปแบบการรักษา สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ Piper ทั้ง 14 ปัจจัย ดังนี้

1) การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญในร่างกาย (accumulation of metabolic) เนื่องจากหน้าที่ของไตคือ การช่วยกรองและขับของเสียออกทางปัสสาวะ แต่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การทำหน้าที่ของไตเสียไป ทำให้เกิดการสะสมของเสียในร่างกาย เรียกว่า ภาวะยูรีเมีย ซึ่งเป็นการสะสมไนโตรเจนในกระแสเลือด ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการของภาวะยูรีเมีย แต่เมื่อภาวะยูรีเมียมีความรุนแรงขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะเกือบทั้งหมดภายในร่างกาย ซึ่งภาวะยูรีเมียมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ โดยเอนไซม์โซเดียมโปแตสเซียมเอทีพีเอสหรือโซเดียมปั๊ม (Na, K-ATPase or sodium pump) ที่เยื่อหุ้มเซลล์ทำงานน้อยลง ปกติเอนไซม์ดังกล่าวทำหน้าที่เกี่ยวกับการขนส่งโซเดียมจากในเซลล์ออกไปข้างนอกเซลล์แลกกับการขนส่งโปแตสเซียมออกจากนอกเซลล์เข้าสู่ในเซลล์ เมื่อเอนไซม์โซเดียมโปแตสเซียมเอทีพีเอสทำงานลดลงในภาวะยูรีเมีย ทำให้ปริมาณโปแตสเซียมในเซลล์ลดลง และปริมาณโซเดียมในเซลล์เพิ่มขึ้น ปริมาตรเซลล์ย่อมเพิ่มตาม โปรตอนเคลื่อนเข้าในเซลล์เพื่อแลกกับโซเดียมที่เคลื่อนออกจากเซลล์ ทำให้ค่า pH ลดลง จากการเปลี่ยนแปลง pH ในเซลล์ ปริมาตรเซลล์ ปริมาณโซเดียมและโปแตสเซียมในเซลล์ และความต่างศักย์ของเยื่อหุ้มเซลล์ อาจทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวและคลายตัวไม่ดี (โสภณ นภทร, 2542)

นอกจากนี้อาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ยังอาจเกิดที่ระบบประสาทส่วนกลาง เรียกว่า central fatigue เป็นอาการอ่อนเพลียที่เกิดจากจิตใจ เป็น psychosomatic symptom เช่น เวลาโศกเศร้า เสียใจจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551)

2) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (changes in energy and energy substrate patterns) ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ เช่น จากการได้รับสารอาหารที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับอย่างเพียงพอ อาการเบื่ออาหารด้วยสาเหตุของระบบทางเดินอาหารที่ผิดปกติ เช่น ท้องผูกเรื้อรัง ฟันผุ ช่องปากเป็นแผล หรือมีภาวะโลหิตจาง และพบว่าภาวะโลหิตจางเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มาก (Ossareh et al., 2003) การสะสมของของเสีย (uremic toxins) ในร่างกายนั้นผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2551) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้ร่างกายขาดโปรตีนและพลังงานได้

3) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (activity / rest patterns) มีความสำคัญในบทบาทของการป้องกันสาเหตุและบรรเทาอาการอ่อนล้า การเคลื่อนไหวน้อย การพักที่ยาวนานและการอยู่กับที่ของร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและอาการอ่อนล้า กล้ามเนื้อที่ไม่ได้ทำงานหรือการทำงานน้อยจะเสียความสามารถในการออกซิเดทีฟ (oxidative) มีการใช้ออกซิเจนเป็นจำนวนมากเพื่อรักษาสภาพของกล้ามเนื้อ ปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1993; Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

4) แบบแผนการหลับและการตื่น (sleep/wake patterns) การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ทำให้มีอาการง่วงนอน และอาการอ่อนล้าในตอนกลางวัน (Piper, 1993) ซึ่งการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ส่งผลรบกวนต่อกระบวนการทำงานของร่างกาย ทำให้เสียพลังงาน มีอาการอ่อนล้าเฉพาะที่ ทำให้ต้องเพิ่มการงีบในเวลากลางวัน และเพิ่มการพักผ่อนในเวลากลางคืนเพื่อสะสมพลังงาน (Piper, 1993) หากมีปัญหาการนอนหลับ จะส่งผลต่อมีภาวะสุขภาพทางกายให้เลวลง และมีภาวะซึมเศร้าได้ (McCann & Boore, 2000)

5) แบบแผนของโรค (disease patterns) ภาวะของโรคแต่ละโรค ทำให้ร่างกายใช้พลังงานจำนวนมาก และดึงพลังงานสะสมมาใช้ ส่งผลให้มีของเสียเพิ่มขึ้นในร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า (Piper, 1993) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ไตเสียหายที่ในการขับของเสีย ทำให้มีของเสียคั่งค้างในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดอาการอ่อนล้าได้ (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) นอกจากนั้นภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหารลดลง การรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร และการสังเคราะห์วิตามินดีลดลง (วัลลา ตันตโยทัย และ ประครอง อินทรสมบัติ, 2543) แคลเซียมควบคุมการยอมให้ผ่านของเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้เส้นประสาทกล้ามเนื้อถูกกระตุ้น ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ แคลเซียมซึ่งอยู่ในซาร์โคพลาสมิกเรติคูลัม (Sarcoplasmic reticulum) จะถูกปล่อยออกมาจับกับโทรโปนินซี (Troponin C) บนใยกล้ามเนื้อแอคติน (Actin) ทำให้โทรโปไมโอซิน (Tropomyosin) เกิดการเลื่อนตัวและเปิดแอคทีฟไซต์ (Active site) เพื่อจับกับใยกล้ามเนื้อไมโอซิน (Myosin) ส่วนการ

คลายตัวของกล้ามเนื้อจะเกิดขึ้นเมื่อแคลเซียมถูกเก็บเข้าซาร์โคพลาสมิก เรติคูลัม (Sarcomic reticulum) (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) หากระดับแคลเซียมต่ำจะมีผลทำให้ธรสโธลโพเทนเชียล (Treshole potential) เป็นลบมากขึ้น ทำให้เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อถูกกระตุ้นได้ง่าย ส่งผลให้การหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2540) และอาจเกิดอาการอ่อนล้าได้ในที่สุด

6) แบบแผนของการรักษา (treatment patterns) การรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการสูญเสีย กรดอะมิโนและโปรตีนออกจากร่างกายในปริมาณ 3 กรัมและ 5 - 15 กรัมต่อวันตามลำดับ (ชวลิต รัตนกุล, 2550) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซิดได้เพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยมีภาวะซิดเรื้อรังมีผลทำให้การขนส่งออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง ถ้าปล่อยไว้ยาวนานอาจนำไปสู่การขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ นอกจากนั้นการขาดออกซิเจนยังทำให้กล้ามเนื้อเกิดอาการอ่อนล้า (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551)

7) แบบแผนแสดงอาการของโรค (symptom patterns) ผู้ป่วยไตเรื้อรังมักมีอาการเบื่ออาหารในระยะแรก ต่อมาในระยะโรคที่รุนแรงขึ้นจะมีการคลื่นไส้ และอาเจียน มีเยื่อช่องปากอักเสบ หรืออาจพบแผลอักเสบตลอดทางเดินอาหาร (โสภณ นภทร, 2542) อาการดังกล่าวทำให้ร่างกายขาดความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ และภาวะขาดสารอาหาร ผลที่ตามมาคือกล้ามเนื้อขาดพลังงานในการหดตัวและเกิดอาการอ่อนล้าในที่สุด

8) แบบแผนการใช้ออกซิเจน (oxygenation patterns) ผู้ป่วยไตเรื้อรังจะมีการลดลงของการทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin จากไต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซิดและเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง นอกจากนั้นภาวะซิดยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การขาดธาตุเหล็กเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยลง มีการดูดซึมธาตุเหล็กทางลำไส้ลดลง มีภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสติดเชื้อและการอักเสบได้ง่าย (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และ เกรียง ตั้งสง่า, 2543) โดยปกติฮีโมโกลบินมีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อโดยออกซิเจนเป็นตัวสลายเอทีพีให้ได้พลังงานมาใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ หากระดับออกซิเจนลดลงเนื่องจากภาวะซิด จะส่งผลให้ขาดพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อมีอาการอ่อนล้าเกิดขึ้น

9) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงในระบบการควบคุมหรือการส่งผ่าน (change in regulation / transmission patterns) ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง เมื่อไตเสียหายที่จำทำให้ระดับฟอสเฟตในเลือดสูงขึ้น ขณะเดียวกันระดับแคลเซียมในเลือดจะลดลง กระตุ้นให้ต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid gland) มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ (Parathyroid hormone) เพิ่มขึ้น เกิดภาวะไฮเปอร์ไธรอยด์ (Hyperthyroid) ซึ่งระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ที่สูงขึ้นมีฤทธิ์กระตุ้นแคลเซียมเข้าสู่เซลล์สมอง ขัดขวางการทำงานของเซลล์สมอง อีกทั้งระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ที่สูงยังมีผลต่อการ

ทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การนำกระแสประสาทผิดปกติ จากการที่เซลล์สมองและ การนำประสาทมีการทำงานผิดปกติ ส่งผลให้มีการขัดขวางการทำงานของเซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้เกิด อาการอ่อนล้าได้

10) แบบแผนทางจิตใจ (psychological patterns) มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม (อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2551) ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และการถูกจำกัดอาหารและน้ำดื่มทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล (Petchrung, 2004) เกิดอาการเบื่อหน่ายและเกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Lee, Lin, Chaboyer, Chiang, & Hung, 2007) ซึ่งความเครียดทำให้ระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic nervous system) กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งอิพิเนฟริน (Norepinephrine) เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด และมีการหลั่ง นอร์อิพิเนฟรินจากปลายประสาทซิมพาเธติก ผลที่ตามมาคือ หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น ทำให้ ร่างกายต้องใช้พลังงานจำนวนมาก หากมีความเครียดในระยะเวลาาน อาจทำให้ร่างกายเสียสมดุล ของพลังงาน ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2540)

11) แบบแผนสภาพแวดล้อม (environment patterns) การอยู่ในสภาพแวดล้อม ที่ไม่เหมาะสม เช่น ในสถานที่ที่มีเสียงดัง มีแสงสว่าง หรือมีอุณหภูมิที่สูงเกินไปหรือความชื้นไม่ เหมาะสมจะมีผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้า ในขณะที่อุณหภูมิที่สูงเกินไป หรือมีความชื้นไม่ เหมาะสม จะมีผลให้การส่งกระแสประสาท ซึ่งกระแสประสาทเกิดจากสิ่งกระตุ้น เช่น แสง เสียง สารเคมี แรงกด และความร้อน เป็นต้น เมื่อระดับการกระตุ้นให้เกิดกระแสประสาทมีความแตกต่างกัน อาจไม่เกิดกระแสประสาทที่จะกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ (Hubsy & Seare, 1992)

12) แบบแผนเหตุการณ์ในชีวิต (life event patterns) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนสถานภาพบทบาทหัวหน้าครอบครัว มาเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการ ดูแลจากสมาชิกของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายต้องขายทรัพย์สิน ไร่นา ของครอบครัวเพื่อมารักษาการ เจ็บป่วย ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนบทบาทของตนเองได้ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียด ส่งผลทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้

13) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (innate host factor) ผลจากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วย สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีระดับอาการอ่อนล้าได้สูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Ossareh et al., 2003) เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ การทำงานไม่มี ประสิทธิภาพ กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ลดลง ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหารย่อยดูดซึมได้ไม่ดี อีกทั้งเรื่องเพศ มีผลต่อระดับอาการอ่อนล้า โดยพบว่าระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

อย่างต่อเนื่องเพศหญิงและเพศชายนั้น พบว่าเพศหญิงมีระดับอาการอ่อนล้าได้มากกว่าเพศชาย (Ossareh et al., 2003)

14) แบบแผนทางสังคม (social patterns) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอาการอ่อนล้า นั้น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความสนใจหรือแรงจูงใจในสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง บางครั้งพบว่าผู้ป่วยจะนอนอยู่บนเตียงโดยไม่มีการทำกิจกรรมใด ๆ เนื่องจากว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เหมือนร่างกายไม่มีแรง การทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงลดลง จึงทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลงด้วย (Lee et al., 2007)

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตสังคมเป็นอย่างมาก และในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้หลายปัจจัย หากผู้ป่วยไม่มีการจัดการ หรือกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า นั้นไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องยังพบว่ามี การศึกษาน้อยมาก โดยพบว่าการศึกษาในต่างประเทศมีเพียง 1 งานวิจัยเท่านั้น และไม่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยตรง แต่ศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด กลไกการปรับตัวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 64 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการอ่อนล้า ซึ่ง มีสาเหตุมาจากความเครียด และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า มีทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา (Lok, 1996)

สำหรับในประเทศไทยพบงานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้โดยตรง แต่พบงานวิจัยที่ศึกษาผลของการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าโดย ร่มรัตน์ หลีสุข (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการ

นอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นอกจากนั้นการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากการศึกษาของธีรณัฐ เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) ได้ศึกษาประสบการณ์ กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการงีบหลับ การนอนหลับและการออกกำลังกาย และพบว่าการฝึกโยคะและการทำสมาธิเป็นกลวิธีที่ผู้ป่วยเลือกนำมาบรรเทาอาการอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการศึกษาของบุญมี แพร้งสกุล (2545) ที่ได้ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า การบรรเทาอาการอ่อนล้า ได้แก่ การนอนหลับอย่างเพียงพอ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การนั่งพักหรือนอนพัก การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมที่เหมาะสม การสวดมนต์และการทำสมาธิ การได้รับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด และการได้รับเลือด จากกลวิธีที่กล่าวมานั้นสามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในอดีตที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องใช้กลวิธีใดในการจัดการกับอาการอ่อนล้าของตนเองและผลจากการใช้กลวิธีเหล่านั้นเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าของตนเอง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ตามแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) คุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ทั้ง 8 ตัวแปร ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการและประสบการณ์อาการ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง ซับซ้อน หลายมิติ ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งแต่ละด้านมีความสำคัญมากน้อยต่างกันตามธรรมชาติของแต่ละบุคคล แต่ละสังคม โดยแบ่งตามกลุ่มแนวคิดและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตได้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพหมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ และให้ความหมายของคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ เมื่อนำคำว่าคุณภาพชีวิตมารวมกันจะ หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Padilla (1983) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต ว่าหมายถึงการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติต่อตนเอง ต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

Testa และ Sionson (1996) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคล ความเชื่อและความคาดหวังของในชีวิต เกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Burghorn ร่วมกับ Schaefer และคณะ (1981) โดยให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 5 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า เสื้อผ้า การรักษาพยาบาล การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลและสังคม 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การทำงาน การเตรียมอาหาร เป็นต้น และ 5) ด้านการทำกิจกรรม เช่น การร่วมกิจกรรมในชุมชน การทำบุญ เป็นต้น (Padilla & Grant, 1985)

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) โดยให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี รู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ประกอบด้วย 4 มิติ ที่สัมพันธ์กัน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ระหว่างความปรารถนาที่บุคคลนั้นตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยประเมินจากอาการทางคลินิก การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเมินจากการประกอบอาชีพ การศึกษา รายได้ ซึ่งกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) เป็นการรับรู้เรื่อง

ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นเสมือนการรับรู้สภาวะของบุคคลจากประสบการณ์ของตนเอง การมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

2. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต เริ่มมีการศึกษาดังแต่ปี ค.ศ. 1960 จากการที่มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จึงได้มีการคิดค้นเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต ที่พบได้บ่อยมี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเชิงวัตถุวิสัย (Objective indication) และ 2) ด้านเชิงจิตวิสัย (Subjective indication) (UNESCO, 1980)

1) ด้านเชิงวัตถุวิสัย (Objective indication) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม โดยวัดเชิงปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล การทำหน้าที่ของร่างกาย หน้าที่การงาน อัตราการเป็นโรค ภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของแต่ละบุคคล เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ผลการประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) ด้านเชิงจิตวิสัย (Subjective indication) เป็นตัวบ่งชี้ทางจิตสังคม และการรับรู้ของบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึก เป็นการสะท้อนและบ่งบอกความรู้สึกที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง และเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต วัดได้ทั้งปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น เป็นการประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง เป็นการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด โดยผลการประเมินออกมาได้ทั้งในรูปของคะแนนการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย

จากการศึกษาพบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตจำนวนมาก ซึ่งการพิจารณาเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตมาใช้ต้องคำนึงถึงบริบททางด้านวัฒนธรรม จริยธรรม และค่านิยม ที่มีอิทธิพล

ต่อการรับรู้ความหมายและผลลัพธ์ที่ได้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

แบบประเมินคุณภาพชีวิต The Sickness Impact Profile (SIP) พัฒนาขึ้นโดย Bergner และคณะ ในปี ค.ศ.1981 เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งวัดผลกระทบจากการทำกิจกรรมและพฤติกรรม การทำหน้าที่ด้านสังคมมากกว่าความรู้สึกรับรู้ ประกอบด้วย 136 ข้อคำถาม มี 12 หมวด ได้แก่ การนอนหลับและการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำงาน การทำงานบ้าน การพักผ่อนและการทำนอกรีการ การเดิน การเคลื่อนไหว การดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ความรู้สึกตัว พฤติกรรมทางด้านอารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นในระดับที่สูง (0.88 – 0.92) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไทรอยด์ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ จำนวนข้อคำถามมากถึง 136 ข้อ ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 25 นาทีในการประเมินแต่ละครั้ง (Edgell et al., 1996)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต Nottingham Health Profile (NHP) พัฒนาขึ้นโดย Hunt และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 ประเมินความเครียดด้านอารมณ์ สังคม และร่างกาย แบบประเมินนี้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกและด้านอารมณ์โดยตรงมากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมมีข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ โดยประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการนอนหลับ 2) ความเจ็บปวด 3) ปฏิกริยาตอบสนอง 4) การแยกตัวจากสังคม 5) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย และ 6) ระดับพลังงาน (Fayers, & Machin, 2000)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) พัฒนาขึ้นโดย Ware และคณะ ในปี ค.ศ.1993 เป็นการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับโรคใด การรักษา หรือกลุ่มอายุ ซึ่งประกอบด้วยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ได้ถูกใช้เป็นที่แพร่หลายในภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำนวนทั้งหมด 36 ข้อ โดยประเมิน 8 ด้าน ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ 2) บทบาทด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ 3) ความเจ็บปวดด้านร่างกาย 4) ภาวะสุขภาพทั่วไป 5) ความมีชีวิตชีวา 6) การทำหน้าที่ด้านสังคม 7) บทบาททางด้านอารมณ์ และ 8) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (Fayers & Machin, 2000) แบบประเมินนี้ได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยได้ความเชื่อมั่นภายในเนื้อหาทั้ง 8 ด้านเท่ากับ 0.78 (Edgell et al., 1996)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL-100 and WHOQOL - BREF) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล ซึ่งมีโครงสร้าง 6 มิติ จำนวน

227 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1994 ปรับปรุงเป็น 100 ข้อ และในปี ค.ศ. 1996 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF, 1996; WHOQOL-BREF, 2004) โดยการคัดเลือกจากชุด 100 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะแสดงออกตามการรับรู้ของตนเอง ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง เครื่องมือนี้ สามารถใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรมและผู้ใช้บริการ มีผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) 26 ข้อ ไปใช้อย่างแพร่หลาย เช่น ในประเทศไต้หวัน WHOQOL-BREF-TAIWAN ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้ง 3 วิธีคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Niu, & Li, 2004) ส่วนสำหรับในประเทศไทย ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541) และนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตนั้น วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและคนปกติที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และยุวดี ธีระศิลป์ (2547) ก็ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 30 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ดังนั้นการศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทาง

ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถาม โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องเพศ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งในผลลัพธ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันกับกลวิธีการจัดการ และประสบการณ์การมีอาการ จากการทบทวนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยนั้นยังพบว่ามีศึกษาน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา เกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ และความผาสุก โดยการศึกษาของ Klang และ Clyne (1997) ได้ศึกษาความผาสุกและความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียทั้งก่อนและหลังเริ่มการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า ร่างกายขาดพลังงาน และทำให้ภาวะการไร้ความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรบกวนตัวผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งกระทบผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r = -.430$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการศึกษาของ Gupta, Lis, และ Grutsch (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้าและความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 954 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการอ่อนล้าที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต

ลดลง ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Ahlberg, Ekma, และ Guston-Johansson (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงในประเทศสวีเดน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาโดยใช้แบบจำลองการจัดการของ Dodd และคณะ (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้นยังไม่มีรายงานการศึกษา แต่มีรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันได้

สรุป

อาการอ่อนล้าเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยนั้นมีเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น และการศึกษาที่มีส่วนใหญ่นั้นเป็นการศึกษาผลของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในแต่ละวิธี แต่การศึกษาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์จากการมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า นั้นยังไม่เคยมีการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอฟดี (CAPD) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร จำนวน 3 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) จากประชากรโดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
- 2) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ โดยมีคะแนนจากการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน
- 3) มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป โดยประเมินจากแบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit และ Beck (2008) กำหนดระดับเชื่อมั่นในการทดสอบระดับแอลฟาที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 และขนาดค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรขนาดเล็ก (small effect size) ที่ .25 ซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายกับงานวิจัยนี้ เรื่อง ประสิทธิภาพ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Petchrung, 2004) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

ในการศึกษารั้งนี้เก็บข้อมูลจากหน่วย ซีเอพีดี (CAPD) ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีมาตรฐานการดูแลที่เหมือนกัน และให้บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยโรคไตสง่า นิลวรังกูร ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 3,000 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องรับการรักษาที่หน่วยนี้จำนวน 20 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2552) จะทำการเก็บข้อมูลในวันพุธเวลา 08.00 น. ถึง 12.00 น. 2) หน่วยซีเอพีดี (CAPD) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 1,200 เตียง ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น 33 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2552) เก็บข้อมูลในวันอังคาร เวลา 08.00 น. ถึงเวลา 12.00 น. และ 3) หน่วยซีเอพีดี (CAPD) โรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 100 เตียง ดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 265 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร, 2552) เก็บข้อมูลในวันอังคาร วันพุธ และวันเสาร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 08.00 น. ถึงเวลา 12.00 น.

จากสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งจำนวน 126 รายจากสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่ง ตามสัดส่วนดังนี้ โรงพยาบาล

ศิริราชจำนวน 8 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 12 ราย และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขา
พร้อมมิตรจำนวน 106 ราย รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยมี 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ
รายได้ในครอบครัว สิทธิในการเบิกค่ารักษา ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะ
ความถี่ ปริมาณน้ำยาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรคประจำตัวอื่น ๆ ผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2. แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า Revised Piper Fatigue Scale เป็น
แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า พัฒนาโดย Piper และคณะ (1998) เพียงใจ คาโ
ปการ (2545) ได้ดำเนินการแปล โดยใช้วิธีการแปล (Translation Technique) และการแปลย้อนกลับ
(Back Translation) แล้วนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดย
ใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม
เท่ากับ 0.97 และรณรัตน์ หลีสขุ (2549) ได้นำแบบประเมินชุดนี้มาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 ราย
ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งเป็น 4
ด้าน คือ

- 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า จำนวน 6 ข้อ
- 2) ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า จำนวน 5 ข้อ
- 3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 8 ข้อ
- 4) ด้านสติปัญญา จำนวน 3 ข้อ

การตอบคำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบเป็นตัวเลขบนเส้นตรง (numeric scale) ตั้งแต่ 0 – 10 โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางซ้ายมือเริ่มจาก 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” ทางขวากำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ค่าคะแนนที่มากแสดงว่ามีระดับอาการอ่อนล้ามาก ค่าคะแนนที่น้อยแสดงว่ามีระดับอาการอ่อนล้าน้อย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Revised Piper Fatigue Scale ฉบับภาษาไทยที่รณรงค์ หลีสุข (2549) ใช้ในการศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยปรับคำว่า “ความเหนื่อยล้า” เป็น “อาการอ่อนล้า” และเปลี่ยนจากคำว่า “หลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร” เป็น “หลังได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง”

การแปลผล

การคิดคะแนนโดย นำคะแนนรวมทั้ง 22 ข้อที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จะเป็นคะแนนของอาการอ่อนล้าจากแบบประเมินชุดนี้ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10 โดยคะแนนมากหมายถึง การมีอาการอ่อนล้ามาก คะแนนน้อยหมายถึง การมีอาการอ่อนล้าน้อย โดย Piper และคณะ (1998) แบ่งระดับอาการอ่อนล้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ

มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามาก	หมายถึงช่วงคะแนน	7.00 – 10.00
มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าปานกลาง	หมายถึงช่วงคะแนน	4.00 – 6.99
มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเล็กน้อย	หมายถึงช่วงคะแนน	0.01 – 3.99
ไม่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเลย	หมายถึงช่วงคะแนน	0.00

3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า
พัฒนาโดยธีรนุช เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร ครูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder & Richardson; KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ซึ่งแบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการอ่อนล้าจำนวน 19 ข้อ และมีข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และข้อคำถามที่ 21 โดยข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) กลวิธีที่ผู้ป่วยปฏิบัติในการจัดการกับอาการอ่อนล้า ประกอบด้วย 20 ข้อ ได้แก่ 1) นอนหลับ 2) จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ 3) นั่งพักผ่อน 4) ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังเพลง

5) ออกกำลังกายเบา ๆ 6) โยคะ 7) ทำงานบ้าน 8) ทำงานอดิเรกที่ชอบ 9) รับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน 10) รับประทานยาสมุนไพร 11) รับประทานอาหารที่ชอบ 12) ดื่มน้ำหวาน 13) คิดในทางที่ดี 14) ทำสมาธิ 15) อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม 16) นวดตามร่างกาย กดจุดต่าง ๆ 17) ฟังเพลง 18) ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ 19) ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และ 20) วิธีอื่น ๆ ให้ระบุกลวิธีที่ปฏิบัติเอง ซึ่งแต่ละกลวิธีให้เลือกรับปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

การแปลผล

		คะแนน
ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านกระทำวิธีการนั้น ๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า	1
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำวิธีการนั้น ๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า	0

2) ผลของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยประเมินจากกลวิธีที่ผู้ป่วยปฏิบัติในการจัดการกับอาการอ่อนล้าทั้ง 20 ข้อ แต่ละวิธีให้เลือกรับปฏิบัติ และแปลผลเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับดังนี้

		คะแนน
ไม่ได้ผลเลย (0 %)	หมายถึง กิจกรรมที่ไม่ช่วยลดอาการอ่อนล้าเลย	0
ได้ผลเล็กน้อย (10-30 %)	หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้เล็กน้อย	1
ได้ผลปานกลาง (40-70 %)	หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ปานกลาง	2
ได้ผลมาก (80-100 %)	หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้มาก	3

นำคะแนนผลของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า มาคำนวณค่าเฉลี่ยรายข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนน 0 - 3 โดยแปลผลคะแนน ดังต่อไปนี้

ผลของกลวิธีการจัดการได้ผลมาก	มีคะแนนเฉลี่ย	2.50 - 3.00
ผลของกลวิธีการจัดการได้ผลปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	1.50 - 2.49
ผลของกลวิธีการจัดการได้ผลเล็กน้อย	มีคะแนนเฉลี่ย	0.01 - 1.49
ผลของกลวิธีการจัดการไม่ได้ผลเลย	มีคะแนนเฉลี่ย	0.00

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2541) นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิชาค มหรัตนวิโรจน์ (2542) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ ยุวดี ชีระศิลป์ (2547) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและปลูกถ่ายไต และนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องเพศ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ในส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (ข้อที่ 2, 9 และ 11) เป็นแบบประเมินแบบมีตัวเลือกให้ตอบตามความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- | | |
|----------|---|
| ไม่เลย | หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก |
| เล็กน้อย | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึก |

ไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ

หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยการแปลผลองค์ประกอบแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย เพื่อประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมอง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศ แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการ คือ 1) การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน 2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน 3) ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน 4) การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน 5) ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน 6) การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน หากมีคะแนนรวม 23 คะแนน หรือน้อยกว่า แสดงว่ามีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) ในงานวิจัยนี้ได้

นำแบบทดสอบมาใช้เพื่อประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ถ้ามีคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน จึงจะถือว่าไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้

2) แบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อคัดกรองเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามาก่อนหรือไม่ โดยผู้วิจัยสอบถามลักษณะอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา จำนวน 11 อาการ ซึ่งอาการเหล่านี้ได้นำมาจากอาการตามแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า หากผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการดังกล่าวตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์อาการอ่อนล้า

ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกรายต้องผ่านการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้และแบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า โดยต้องมีคะแนนรวม 24 คะแนนขึ้นไป และมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป จึงจะถือว่าไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้และเป็นผู้มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ผู้วิจัยจึงจะคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 1-4 ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไตและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการจัดการกับอาการ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.81 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณา และปรับปรุงแบบประเมินก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ส่วนแบบประเมินอาการอ่อนล้า (Revised Piper Fatigue Scale) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านกระบวนการแปลและการแปลย้อนกลับครบถ้วน ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

และเคยมีผู้วิจัยนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องแล้ว และไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้นำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการอ่อนล้า (Revised Piper Fatigue Scale) กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบประเมินอาการอ่อนล้า (Revised Piper Fatigue Scale) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบประเมินวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แล้วนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย นำไปหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.86 แบบประเมินวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร พร้อมทั้งเสนอโครงร่างการวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตรเพื่อขอรับการพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรียบร้อยแล้ว และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์อายุรกรรมโรคไต หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าถึงแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับการตรวจ แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4.2 ในขณะที่ผู้ป่วยรอการตรวจรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4.3 หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายต้องได้รับการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้และคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าก่อนทำแบบสอบถามชุดอื่นๆ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า โดยใช้แบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงการมีอาการอ่อนล้า

ถ้าหากผู้ป่วยที่มีคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยเท่ากับ 23 คะแนนหรือต่ำกว่า 23 คะแนน จะไม่ได้ทำแบบสอบถามในชุดต่อไป และผู้วิจัยคัดออกจากกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ผู้วิจัยคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการให้ทำแบบสอบถามในชุดต่อไป โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้เป็นที่เข้าใจ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิต โดยใช้ระยะเวลาในการตอบ

แบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที ในส่วนของแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แพทย์หรือพยาบาลบันทึกไว้

4.4 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยบันทึกสิ่งที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบไว้ในแบบสอบถาม

4.5 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน และผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำ

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาให้รหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล โดยก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้และความมีอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีการบังคับใด ๆ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมผู้วิจัยและจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายการ นำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อบ่งคับ และมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ร่วมการวิจัยปฏิบัติได้เหมาะสม หรือตอบคำถามในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสนใจ ซักถาม หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดภาวะวิกฤติหรือมีการเปลี่ยนแปลงอาการขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยยุติการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ทันที และให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการนั้น

หากเกินความสามารถของผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว สิทธิในการเบิกค่ารักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา โดยนำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า ได้แก่ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ด้านการรับรู้ความหมายของอาการอ่อนล้า ด้านความรู้สึกละ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ โดยหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและค่าเฉลี่ยผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ
4. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยการหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิต ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอพีดี (CAPD) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 กลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษา ณ สถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่ง เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 130 ราย ทุกราย (คิดเป็นร้อยละ 100) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.08) ไม่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าไม่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.77) และมีความผิดปกติด้านการรับรู้ โดยได้คะแนนรวมจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยน้อยกว่า 24 คะแนน จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.31) รวมแล้วงานวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 126 ราย แบ่งตามสถานที่เก็บข้อมูลแต่ละแห่ง ดังนี้

สถานที่เก็บข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลศิริราช	8	6.35
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	12	9.52
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาพร้อมมิตร	106	84.13
รวม	126	100.00

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.76 ปี ($SD = 13.95$) อายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 19 ปี และอายุมากที่สุดคือ 86 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.6 และ 48.4 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 54.8) มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N =126)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 55.76$, $SD = 13.95$, $Range = 19-86$)		
19 – 39	17	13.5
40 – 59	61	48.4
60 ปีขึ้นไป	48	38.1
เพศ		
ชาย	61	48.4
หญิง	65	51.6
สถานภาพสมรส		
โสด	19	15.1
คู่	69	54.8
หม้าย/หย่า/แยก	38	30.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.8
ประถมศึกษา	69	54.8
มัธยมต้น	19	15.1
มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	19	15.1
อนุปริญญา	14	11.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	3.1

ผลการศึกษารั้้งนี้ พบว่าก่อนเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 16.7) ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพเลย นอกจากนี้มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,609.84 บาท/เดือน โดยมีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 28.6) ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) ระบุว่ารายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่วนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รองลงมาคือ ร้อยละ 14.3 ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และจ่ายค่ารักษาเองเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.7) อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีบุคคลในครอบครัวเป็นคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N =126)	จำนวน (N =126)
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22	17.5
รับจ้าง	44	34.9
ธุรกิจ – ค้าขาย	26	20.6
อื่น ๆ	13	10.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	16.7
อาชีพหลังเจ็บป่วย		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	6.4
รับจ้าง	17	13.5
ธุรกิจ – ค้าขาย	8	6.4
อื่น ๆ	25	19.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	68	53.9
รายได้ (บาท) ($\bar{X}$ = 16,609.84, SD = 19,284.74, Range = 0 - 100,000)		
ไม่มีรายได้	7	5.6
ต่ำกว่า 5,000	29	23.0
5,000 – 10,000	36	28.6
10,001 – 15,000	12	9.5
15,001 – 20,000	18	14.3
20,001 บาทขึ้นไป	24	19.0

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาสั้นที่สุดคือ 1 เดือน ส่วนระยะเวลานานที่สุดคือ 9 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี โดยทุกราย (ร้อยละ 100) ใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้น 1.5% PDF และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ปริมาณน้ำยาในการล้างไตทางช่องท้องตั้งแต่ 4,500 – 10,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาวันละ 3 – 5 ครั้ง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) เปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้งต่อวัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) ใช้ปริมาณน้ำยาประมาณ 8,000 มิลลิลิตรต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปริมาณน้ำยา และจำนวนครั้งของการเปลี่ยนน้ำยา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N =126)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ =10.97 เดือน, SD =15.15 Range = 1 เดือน – 9 ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	83	65.9
1 – 3 ปี	37	29.3
4 – 6 ปี	4	3.2
7 – 9 ปี	2	1.6
ปริมาณน้ำยาต่อวัน (มิลลิลิตร) Range = 4,500 – 10,000		
4,500	1	0.8
6,000	5	4.0
8,000	109	86.5
10,000	11	8.7
จำนวนครั้งของการเปลี่ยนน้ำยาต่อวัน		
3 ครั้ง	6	4.8
4 ครั้ง	109	86.5
5 ครั้ง	11	8.7

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ความพอเพียงของการล้างไต (Kt/V) มีเพียงประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 26.4) เท่านั้นที่ได้รับการตรวจ โดยมีค่าเฉลี่ย Kt/V เท่ากับ 2.27 (ค่าที่ยอมรับได้อย่างน้อย 1.7 ขึ้นไป) ส่วนค่า Hematocrit และ Hemoglobin ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือระดับ Hematocrit ไม่ต่ำกว่า 33 % และ Hemoglobin ไม่ต่ำกว่า 11 mg/dl (ทวี ศิริวงศ์, 2551) จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า Hematocrit อยู่ระหว่าง 12 – 53.50 % โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.97 % และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า Hemoglobin อยู่ระหว่าง 3.90 – 16.20 mg/dl มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.23 mg/dl และสำหรับค่า Albumin กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่า Albumin อยู่ระหว่าง 1.80 – 4.70 mg/dl โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 mg/dl (ค่าปกติ 3.2-4.5 g/dl) โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับค่า Albumin ต่ำกว่าระดับปกติ สำหรับความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระดับโซเดียมอยู่ระหว่าง 115 – 149 mEq/L (ค่าปกติ 136-142 mEq/L) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.1) มีระดับโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่างเกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23.0) อยู่ในระดับโซเดียมต่ำกว่าปกติ (Hyponatremia) และกลุ่มตัวอย่างมีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 7.9) อยู่ในระดับโซเดียมสูงกว่าปกติ (Hypernatremia) สำหรับระดับค่าโปแตสเซียมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโปแตสเซียมมีค่าอยู่ระหว่าง 2.03 - 5.70 mEq/L (ค่าปกติ 3.5 -5.0 mEq/L) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.1) มีระดับโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.7) มีระดับโปแตสเซียมปกติ และกลุ่มตัวอย่างจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 3.2) มีค่าโปแตสเซียมสูงกว่าระดับปกติ (Hyperkalemia) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกตามจำนวน ร้อยละ และการแปลผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
Kt/v (N=32)			
1.4 - 1.6	5	15.6	ต่ำกว่าที่ยอมรับ
1.7 ขึ้นไป	27	84.5	ยอมรับได้
Hematocrit (%) (N=126)			
ต่ำกว่า 33 %	89	70.6	ต่ำกว่าที่ยอมรับ
เท่ากับ/มากกว่า 33 %	37	29.4	ยอมรับได้
Hemoglobin (g/dl) (N=126)			
ต่ำกว่า 11 mg/dl	69	54.8	ต่ำกว่าที่ยอมรับ
เท่ากับ/มากกว่า 11 mg/dl	57	45.2	ยอมรับได้
Albumin (g/dl) (N=126)			
1.8 – 3.1 g/dl	54	42.9	ต่ำกว่าระดับปกติ
3.2-4.5 g/dl	72	57.1	ระดับปกติ
Potassium			
ต่ำกว่า 3.5 mEq/L	53	42.1	ต่ำกว่าระดับปกติ
3.5 – 5 mEq/L	69	54.7	ระดับปกติ
มากกว่า 5 mEq/L ขึ้นไป	4	3.2	สูงกว่าระดับปกติ

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) มีโรคร่วม ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เป็นต้น และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 30.8) ดื่มสุรา (ร้อยละ 33.3) ดื่มชา/กาแฟ (ร้อยละ 50.8) และใช้สารเสพติดอื่นๆ (ร้อยละ 34.9) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ระบุชนิดและความถี่ของการใช้

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 1.75$) โดยมีช่วงคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างรายงานอาการอ่อนล้าของตนเองตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 2.58$) ด้านร่างกายและจิตใจ ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 1.86$) และด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 2.12$) ส่วนด้านสติปัญญา อารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดโดยมีคะแนนอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 1.22$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พิสัย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญา อารมณ์

ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า	ค่าเฉลี่ย	SD	Actual Range	การแปลผล
ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า	5.12	2.58	0 – 10	ปานกลาง
ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า	4.12	2.12	0 – 10	ปานกลาง
ด้านร่างกายและจิตใจ	4.71	1.86	0 – 10	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา อารมณ์	2.59	1.22	0 – 10	เล็กน้อย
ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวม	4.73	1.75	0 – 10	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของ กลุ่มตัวอย่าง

1. กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

จากการศึกษาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ นั่งพักผ่อน (ร้อยละ 96) รองลงมาคือ จิบหลัก (ร้อยละ 91.3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง (ร้อยละ 90.5) นอนหลับ (ร้อยละ 88.1) และคิดในทางที่ดี (ร้อยละ 81) ส่วนกลวิธีที่ใช้น้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 30.2) ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ร้อยละ 23.8) รับประทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 11.9) เล่นโยคะ (ร้อยละ 5.6) และการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.4) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6 นอกจากนี้ยังมีกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่านำมาใช้ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ไว้ที่บ้าน การเล่นอินเทอร์เน็ต และเปลี่ยนน้ำยา dialysate ออกจากร่างกายทันทีเมื่อรู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้า

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยเรียงลำดับตามกลวิธีที่ใช้จากมากไปน้อย

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	จำนวน	ร้อยละ	ผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า		
			ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
นั่งพักผ่อน	121	96	1.89	0.83	ปานกลาง
งีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ	115	91.3	1.84	0.97	ปานกลาง
ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	114	90.5	1.90	0.94	ปานกลาง
นอนหลับ	111	88.1	1.80	1.07	ปานกลาง
คิดในทางที่ดี	102	81.0	1.61	1.01	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่ชอบ	93	73.8	1.43	1.06	เล็กน้อย
ออกกำลังกายเบา ๆ	91	72.2	1.34	1.13	เล็กน้อย
ดื่มน้ำหวาน	85	67.5	1.51	1.28	ปานกลาง
ทำงานบ้าน	73	57.9	1.05	1.06	เล็กน้อย
อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม	57	45.2	1.02	1.26	เล็กน้อย
ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วย	54	42.9	0.82	1.06	เล็กน้อย
ทำสมาธิ	46	36.5	0.83	1.20	เล็กน้อย
นวดตามร่างกาย	43	34.1	0.70	1.09	เล็กน้อย
ปรึกษาเจ้าหน้าที่	43	34.1	0.74	1.10	เล็กน้อย
รับประทานอาหารเสริม	38	30.2	0.57	0.96	เล็กน้อย
ทำงานอดิเรกที่ชอบ	30	23.8	0.43	0.86	เล็กน้อย
รับประทานยาสมุนไพร	15	11.9	0.23	0.66	เล็กน้อย
โยคะ	7	5.6	0.15	0.58	เล็กน้อย
ฝังเข็ม	3	2.4	0.06	0.37	เล็กน้อย

สำหรับกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุดโดยมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง 5 อันดับแรก ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ($\bar{X} = 1.90$) รองลงมาคือ นั่งพักผ่อน ($\bar{X} = 1.89$) จีบหลับ ($\bar{X} = 1.84$) นอนหลับ ($\bar{X} = 1.80$) คิดในทางที่ดี ($\bar{X} = 1.61$) และดื่มน้ำหวาน ($\bar{X} = 1.51$) ส่วนกลวิธีที่ได้ผลน้อยที่สุดโดยผลอยู่ในระดับเล็กน้อย 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม ($\bar{X} = 0.57$) ทำงานอดิเรกที่ชอบ ($\bar{X} = 0.43$) รับประทานยาสมุนไพร ($\bar{X} = 0.23$) เล่นโยคะ ($\bar{X} = 0.15$) และฝังเข็ม ($\bar{X} = 0.06$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7



ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยเรียงลำดับตามประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการจากมากไปน้อย

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	จำนวน	ร้อยละ	ผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า		
			ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	114	90.5	1.90	0.94	ปานกลาง
นั่งพักผ่อน	121	96	1.89	0.83	ปานกลาง
งีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ	115	91.3	1.84	0.94	ปานกลาง
นอนหลับ	111	88.1	1.80	1.07	ปานกลาง
คิดในทางที่ดี	102	81.0	1.61	1.01	ปานกลาง
ดื่มน้ำหวาน	85	67.5	1.51	1.28	ปานกลาง
รับประทานอาหารที่ชอบ	93	73.8	1.43	1.06	เล็กน้อย
ออกกำลังกายเบา ๆ	91	72.2	1.34	1.13	เล็กน้อย
ทำงานบ้าน	73	57.9	1.05	1.06	เล็กน้อย
อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม	57	45.2	1.02	1.26	เล็กน้อย
ทำสมาธิ	46	36.5	0.83	1.20	เล็กน้อย
ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วย	54	42.9	0.82	1.06	เล็กน้อย
ปรึกษาเจ้าหน้าที่	43	34.1	0.74	1.10	เล็กน้อย
นวดตามร่างกาย	43	34.1	0.70	1.09	เล็กน้อย
รับประทานอาหารเสริม	38	30.2	0.57	0.96	เล็กน้อย
ทำงานอดิเรกที่ชอบ	30	23.8	0.43	0.86	เล็กน้อย
รับประทานยาสมุนไพร	15	11.9	0.23	0.66	เล็กน้อย
โยคะ	7	5.6	0.15	0.58	เล็กน้อย
ฝังเข็ม	3	2.4	0.06	0.37	เล็กน้อย

2. แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า

จากการศึกษาพบว่า แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าของตนเองเองนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) ได้มาจากประสบการณ์ หรือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง รองลงมาได้มาจาก บุคลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 28.6) สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 21.4) เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน (ร้อยละ 16.7) สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 15.1) เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 7.1) และมีเพียง 1 รายเท่านั้น (ร้อยละ 0.8) ที่ได้ วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามาจากใบปลิว/บอร์ดประชาสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 8 นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่ได้รายงานแหล่งที่มาของกลวิธีที่จัดการกับ อาการอ่อนล้าอื่น ๆ คือ การได้พรจากพระเจ้า

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของแหล่งวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	จำนวน	ร้อยละ
ตนเอง	100	79.4
บุคลากรในทีมสุขภาพ	36	28.6
สมาชิกภายในครอบครัว	27	21.4
เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน	21	16.7
สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต	19	15.1
เพื่อนบ้าน	9	7.1
ใบปลิว/บอร์ดประชาสัมพันธ์	1	0.8

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 4.13$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 17.15$, $SD = 3.39$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 24.82$, $SD = 4.96$) ดังได้แสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	Possible Range	Actual Range	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	46-113	78.89	14.25	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	7-35	11-35	20.39	4.13	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	6-30	7-28	17.15	3.93	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	3-15	3-15	8.71	2.42	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	13-39	24.82	4.96	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = -.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน ทั้ง 4 ด้าน พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = -.43, -.37, -.54$ และ $-.36$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N=126)

ตัวแปร	ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า (r)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.46*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	-.43*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	-.37*
คุณภาพชีวิตสัมพันธภาพทางสังคม	-.54*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	-.36*

* $p < .01$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2552 อภิปรายผลการวิจัยตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19 – 86 ปี พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48) มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 59 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคนหรือวัยทำงาน โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.76 ปี ($SD = 13.95$) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมา ที่รายงานว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (บุญมี แพ้รุ่งสกุล, 2545; วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์, 2542; O'Sullivan & McCarthy, 2007; Petchrung, 2004) และจะเห็นว่าอายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีอายุเพียง 19 ปีเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรายนี้ มีภาวะที่ทำให้ไตเสียหายที่อย่างถาวรและต้องได้รับการรักษาเพื่อทดแทนหน้าที่ของไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อรอการปลูกถ่ายไตในอนาคต และเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลได้นำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้อยู่ในหลักประกันสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้นและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเฉลี่ย

10.97 เดือน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยวิธีนี้มานานน้อยกว่า 1 ปี นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุดคือ 86 ปี ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานประมาณ 9 ปีแล้ว

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.8) มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.4 และ 48.4 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.8) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีเพียง 1 ราย เท่านั้น (ร้อยละ 0.8) ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชูดี ชีระศิลป์ (2547) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและปริญญาตรีสูงถึงร้อยละ 34.8 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) เป็นกลุ่มที่รักษาในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่ครอบคลุมในการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ และมีรายได้น้อย โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 28.6) โดยมีรายได้ครอบคลุมเฉลี่ยเท่ากับ 16,609.84 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประชากรไทยต่อครอบครัวต่อเดือนซึ่งเท่ากับ 18,660 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และยังพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.8) มีรายได้ครอบคลุมไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบบ่อย (Stack & Port, 2002) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) รายงานว่าก่อนเจ็บป่วยได้ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องแล้วนั้น พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.4) ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน ต้องลาออกจากงาน เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และช่วงแรกที่ได้รับ การรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน ต้องปรับตัวเข้ากับการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคย และต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ หรืออาจมีการปรับเปลี่ยนอาชีพ หรือหน้าที่การทำงานที่เหมาะสมและสะดวกต่อการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยต้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างช่องท้องวันละหลายครั้ง โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้ง/วัน ในเวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยมีการประเมินความหมายของอาการ การตอบสนองต่ออาการ โดยบุคคลประเมินและตัดสินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคามและการตอบสนองต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 1.75$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 2.58$) รองลงมาได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 1.86$) และด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 2.12$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านสติปัญญา อารมณ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 1.22$)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้า จากการศึกษาพบว่า ระดับค่า Hematocrit และ Hemoglobin ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ระดับ Hematocrit ไม่ต่ำกว่า 33 % และ Hemoglobin ไม่ต่ำกว่า 11 mg/dl) (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) มีระดับ Hematocrit ต่ำกว่า 33 % และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.8) ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับ Hemoglobin ต่ำกว่า 11 mg/dl ซึ่งโดยปกติ Hemoglobin มีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนเป็นตัวสลาย ATP ให้ได้พลังงานมาใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อระดับออกซิเจนในร่างกายลดลงจากภาวะชด จึงส่งผลให้ขาดพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยวิธีการรักษาด้วยยา เช่น Ferrous sulfate, folic acid, และ/หรือ Eprex เพื่อทดแทนฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งกระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) ใช้สิทธิในการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์ในการดูแลบางรายยังไม่ได้รับการรักษาเพื่อทดแทนฮอร์โมน erythropoietin ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ยังไม่ได้ครอบคลุมการรักษาด้วยยาประเภทนี้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่มีระดับ Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการดูแล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีภาวะชด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้

ส่วนปัจจัยด้านการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น พบว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทำให้มีการสูญเสียโปรตีนและความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ (Electrolyte) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากส่วนประกอบของน้ำยา dialysate มีผลกระทบต่อระบบสมดุลของร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับค่า Albumin ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 1.80 – 4.70 mg/dl โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 g/dl (ค่าปกติ 3.2-4.5 g/dl) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.1) มีค่าเฉลี่ยระดับ Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) มีระดับ Albumin ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.80 g/dl อาจจะเป็นไปได้ว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสูญเสียกรดอะมิโนและโปรตีนออกจากร่างกายทางน้ำยา dialysate โดยประมาณได้ว่า มีการสูญเสียกรดอะมิโนและโปรตีนในปริมาณ 3 กรัมต่อวัน และ 5-15 กรัมต่อวัน ตามลำดับ (ชวลิต รัตนกุล, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารโปรตีนที่มากพอ คือ ควรเกิน 1.2 ถึง 1.3 กรัมของโปรตีนต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารโปรตีน (ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551) ถ้าได้รับไม่เพียงพออาจทำให้เกิดภาวะช็อคเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติของเกลือแร่ยังมีผลต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.1) มีระดับโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากปริมาณของโปแตสเซียมที่สูญเสียไปทางน้ำยา dialysate โดยผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียโปแตสเซียมผ่านทางช่องท้องโดยเฉลี่ยประมาณ 25-30 mEq/L ต่อวัน (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2551) หากจำนวนครั้งที่เปลี่ยนน้ำยาในแต่ละวันเพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำได้สูงขึ้นด้วย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) ใช้ปริมาณน้ำยา dialysate 8,000 มิลลิลิตร/วัน โดยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาวันละ 4 ครั้ง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับโปแตสเซียมจากการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากอาการเบื่ออาหาร และมีการสูญเสียโปแตสเซียมทางระบบทางเดินอาหาร หรือจากการใช้ยาขับปัสสาวะ (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2551) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลให้ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำได้ ทำให้เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ต่ออาการอ่อนล้า มีการรับรู้ร่างกายอ่อนแอลง ความมีชีวิตชีवालดลง เกิดความเหนื่อยหน่าย ความมีพลังและความอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการรวบรวมสมาธิ ความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ และความคิดลดลง จึงได้หาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยใช้กลวิธีต่างๆ ทำให้อาการอ่อนล้าลดลง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมี แพร้งสกุล (2545) ที่ได้ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.4) มีค่าคะแนนอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ รมรัตน์ หลีสุข (2549) ซึ่งได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทั้งที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีระดับอาการอ่อนล้าในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังทดลอง จะเห็นได้ว่าระดับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยทั้ง 2 งานในประเทศไทยอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศ โดยการศึกษาของ Straub, Murphy, และ Rosenblum (2008) ได้ศึกษาการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยวิธีการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ราย พบว่าก่อนออกกำลังกายทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยต่างประเทศมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกับคนไทย นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เพียง 10 ราย เท่านั้น

กลวิธีการจัดการและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าของตนเอง เรียงตามลำดับจากวิธีที่นิยมปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การนั่งพักผ่อน (ร้อยละ 96) รองลงมาคือ จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ (ร้อยละ 91.3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง (ร้อยละ 90.5) นอนหลับ (ร้อยละ 88.1) และคิดในทางที่ดี (ร้อยละ 81.0) ส่วนวิธีที่ใช้น้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 30.2) ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ร้อยละ 23.8) รับประทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 11.9) ฝึกโยคะ (ร้อยละ 5.6) และการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.4) ตามลำดับ ส่วนวิธีการอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.8 ระบุว่าใช้เพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าตนเอง ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ไว้ที่บ้าน เล่นอินเทอร์เน็ต และเปลี่ยนน้ำยา dialysate ออกจากร่างกายทันทีเมื่อรู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้า และกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การฝังเข็ม โดยมีเพียง 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.4) เท่านั้นที่รายงานว่าใช้วิธีนี้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ กลวิธีการพักผ่อน ไม่ว่าจะเป็นนั่งพักผ่อน จิบหลับหรือนอนหลับในช่วงสั้น ๆ ดู

โทรทัศน์หรือฟังเพลง ซึ่งเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ กลวิธีดังกล่าวนี้กลุ่มตัวอย่างที่เลือกปฏิบัติให้เหตุผลว่า เป็นกลวิธีการจัดการที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองง่าย ๆ ที่บ้าน สะดวก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Petchrung (2004) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 130 รายพบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุดคือ จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ การนอนหลับ (ร้อยละ 63.8) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 62.3) การดื่มน้ำหวาน (ร้อยละ 60) และการนั่งพักผ่อน (ร้อยละ 56.9)

สำหรับผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลวิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยของผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าสูงสุดคือ มีประสิทธิผลในระดับปานกลาง 5 อันดับแรก ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ($\bar{X} = 1.90$) นั่งพักผ่อน ($\bar{X} = 1.89$) จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ ($\bar{X} = 1.84$) นอนหลับ ($\bar{X} = 1.80$) และคิดในทางที่ดี ($\bar{X} = 1.61$) ส่วนกลวิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยของผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าในระดับเล็กน้อย 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม ($\bar{X} = 0.57$) ทำงานอดิเรกที่ชอบ ($\bar{X} = 0.43$) รับประทานยาสมุนไพร ($\bar{X} = 0.23$) ฝึกโยคะ ($\bar{X} = 0.15$) และฝังเข็ม ($\bar{X} = 0.06$) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Petchrung (2004) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยพบว่า ผลการจัดการโดยใช้โยคะมีประสิทธิผลในระดับมาก ถึงแม้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.5) ที่ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยการฝึกโยคะ จึงจะเห็นได้ว่า ถึงแม้การฝึกโยคะจะเป็นวิธีการออกกำลังกายที่มีประโยชน์ นอกจากช่วยให้อ่อนตัวและกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง ลดอาการอ่อนล้าได้แล้ว ยังพบว่าช่วยฟื้นฟูจิตใจ ทำให้ผ่อนคลาย รู้สึกดีในตัวเองและทำให้มีความสุข (Yurtkuran, Alp, Yurkuran, & Dilek, 2007) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้การออกกำลังกายโดยวิธีอื่นมากกว่าได้แก่ การออกกำลังกายเบา ๆ (ร้อยละ 72.2) และการทำงานบ้าน (ร้อยละ 57.9) มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.6) ที่ใช้วิธีฝึกโยคะในการจัดการกับอาการอ่อนล้า อีกทั้งรายงานว่าการฝึกโยคะมีผลช่วยบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ในระดับน้อย โดยสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่นิยมใช้โยคะ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ขณะใส่น้ำยา dialysate เข้าไปในช่องท้องในปริมาณ 1,500 – 2,000 มิลลิลิตรต่อครั้ง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สบายท้องได้ (นันทา มหิธรนันท์ และ สมรัก รอดพ่าย, 2551) ซึ่งทำให้การฝึกโยคะนั้นอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การฝึกโยคะอาจเป็นวิธีที่สะดวกน้อยกว่า การจะปฏิบัติได้ต้องได้รับการฝึก และกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับทราบข้อมูล

เกี่ยวกับโยคะทั้งในด้านของประโยชน์และวิธีการปฏิบัติ ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมใช้โยคะในการจัดการกับอาการอ่อนล้าน้อยกว่าวิธีออกกำลังกายอื่น

จากการศึกษาแหล่งของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) ได้กลวิธีในการจัดการกับอาการอ่อนล้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด ซึ่งจากแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวไว้ว่าการจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล กลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความรู้หรือประสบการณ์ วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคล ที่จะเลือกวิธีปฏิบัติโดยมีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ ซึ่งกลวิธีที่เลือกใช้ อาจเป็นกลวิธีในการดูแลตนเอง การใช้ยา หรืออาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตนเอง และสมาชิกภายในครอบครัว (ร้อยละ 21.4) เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน (ร้อยละ 16.7) สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 15.1) และเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ และมีเพียง 1 รายเท่านั้น (ร้อยละ 0.8) ที่ได้วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามาจากใบปลิว/บอร์ดประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่ได้รายงานแหล่งที่มาของกลวิธีที่จัดการกับอาการอ่อนล้า คือ การได้พรจากพระเจ้า

ผลการศึกษายังพบอีกว่า ร้อยละ 28.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดระบุว่า ได้รับข้อมูลการจัดการกับอาการอ่อนล้าจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลตั้งแต่ครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยโรคไตวายเรื้อรัง หรืออาจได้รับข้อมูลเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามด้วยความจำกัดเรื่องเวลาและจำนวนบุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Peritoneal Dialysis Nurse; PD Nurse) ซึ่งในปัจจุบันยังคงมีน้อยมากเมื่อเทียบกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis Nurse; HD Nurse) โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีอัตราส่วน PD Nurse: HD Nurse คิดเป็น 3 : 70 คน (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในปีที่ผ่านมา จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาบทบาทในการประเมินอาการและเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ตามแบบจำลองการจัดการของ Dodd และคณะ (2001) คุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ทั้ง 8 ตัวแปร และเป็นผลลัพธ์หนึ่งที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและการจัดการกับอาการของแต่ละบุคคล โดยบุคคลประเมินถึงความหมายของอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกัน การตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงภาวะคุกคาม และผลของอาการอ่อนล้าต่อชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม บุคคลจึงได้นำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามาจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการบรรเทาอาการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือภาวะโรคร่วม และวิธีการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้มาก อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้นำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามประสบการณ์และการเรียนรู้แต่ละบุคคล หรือคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า นั้น เช่น การนั่งพักผ่อน การนอนหลับในช่วงสั้น ๆ หรือการนอนหลับเป็นต้น จึงทำให้อาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างบรรเทาลง และทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัย 2 งานในประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเดียวกันกับการศึกษาในครั้งนี้ จากการศึกษาของวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ (2542) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 208 ราย พบว่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และเช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุวดี ธีระศิลป์ (2547) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 230 ราย พบว่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lok (1996) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การจัดการกับความเครียด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยชาวออสเตรเลียที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อาจเป็นไปได้ว่า ความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน อาจมีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันได้

เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 24.82$, $SD = 4.96$) ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 4.13$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 17.15$, $SD = 3.39$) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะไตเสียหายที่อย่างถาวร ไม่สามารถจัดของเสียได้ จึงทำให้เกิดภาวะยูรีเมีย ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกวัน ไม่มีวันหยุด และต้องรักษาไปตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา Dialysate ครั้งละ 1,500 - 2000 มิลลิลิตร โดยเปลี่ยนวันละ 3-5 ครั้ง ผู้ป่วยอาจจะไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม บางครั้งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่อยากออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และทำให้หมดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ครอบคลุมประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถในการพบปะพูดคุยหรือกิจกรรมในสังคมลดลง และถูกรบกวนชีวิตทางเพศ (Petchrung, 2004) ให้ความช่วยเหลือคนอื่นได้น้อย ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งตนเองได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นลดลง และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.9) หลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องแล้ว พบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ ยังต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวอยู่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจได้สูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าในตนเอง เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้อื่น รู้สึกท้อแท้และหมดหวัง และนอกจากนี้การที่มีสาย Tenckhoff บริเวณหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยต้องทำแผล และต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และอาการต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนล้า และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวน้อย ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย จึงทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพทางสังคมค่อนข้างน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$) อาจอธิบายเพิ่มเติมได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบปะสมาคมและได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่นลดน้อยลง โดยกลุ่มตัวอย่างบางราย รายงานว่าต้องลาออกจากการมาอยู่ที่บ้านเฉย ๆ และไม่ได้ติดต่อกับเพื่อน ๆ ที่เคยทำงานด้วยกันเลย และนอกจากนี้ในเรื่องเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางเพศหรือความต้องการทางเพศลดลง อาจเป็นไปได้ว่า จากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเพศลดลง ทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรู้สึกทางเพศลดลง (โสภณ นภทร, 2542) จากเหตุผลดังกล่าว จึงอาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมค่อนข้างน้อยกว่าด้านอื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งในผลลัพธ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันกับกลวิธีการจัดการ และประสบการณ์การมีอาการ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามากจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านด้วยเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ($r = -.54, -.43, -.37$ และ $-.36$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังกล่าวข้างต้นเป็นไปตามแบบจำลองการจัดการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการ มีการประเมินอาการ มีการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม พฤติกรรม โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการอ่อนล้า และประเมินอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคาม จะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่อมีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เช่น เมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง ง่วงเหงาหาวนอน รู้สึกเหนื่อยหน่าย ร่างกายไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกว่าใจร้อนมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการอ่อนล้ามากขึ้น และประเมินอาการอ่อนล้าว่ารุนแรงขึ้นและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร โดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์กันแบบ 2 ทางระหว่างองค์ประกอบของมิติประสบการณ์การมีอาการคือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น ดังนั้นเมื่อมีอาการที่รุนแรงขึ้นย่อมส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลงด้วย (Dodd et al., 2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะได้มีบุคคลนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับผลลัพธ์นั้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังมีรายงานการศึกษาน้อย โดยพบว่าเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับประสบการณ์การมีอาการหรือผลลัพธ์ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น

เช่นผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาก่อน พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta, Lis, และ Grutsch (2007) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการอ่อนล้าและความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า อาการอ่อนล้าที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และการศึกษาของ Ahlberg, Ekma, และ Guston-Johansson (2004) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้า อาการอื่น ๆ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงพบว่า ประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลาง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิต การศึกษาในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอพีดี (CAPD) โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง มิถุนายน ถึงตุลาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) จากประชากรโดยมีคุณสมบัติโดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป มีคะแนนจากการประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ส่วนข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 2) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า 3) แบบสอบถามกลวิธีจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า และ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และมีแบบคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2 ชุดคือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) และแบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) พิสัย (Range) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งผลการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2552 ถึง ตุลาคม 2552 จำนวน 126 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-86 ปี อายุเฉลี่ย 55.76 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.6 และ 48.4 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 54.8) มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่า ก่อนเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 16.7) ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) ไม่ได้ประกอบอาชีพเลย และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,609.84 บาท/เดือน โดยมีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 28.6) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) ระบุว่ารายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา น้อยที่สุดคือ 1 เดือน ส่วนระยะเวลานานที่สุดคือ 9 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 เดือน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) เปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้งต่อวัน และใช้ปริมาณน้ำยา 8,000 มิลลิตรต่อวัน

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย Kt/V เท่ากับ 2.27 (ค่าที่ยอมรับได้อย่างน้อย 1.7 ขึ้นไป) ส่วนค่า Hematocrit และ Hemoglobin พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซีด และสำหรับค่า Albumin กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่า Albumin อยู่ระหว่าง 1.80 – 4.70 mg/dl โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 mg/dl (ค่าปกติ 3.2-4.5 g/dl) โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับค่า Albumin ต่ำกว่าระดับปกติ ส่วนความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) พบว่าระดับโซเดียมอยู่ระหว่าง 115 – 149 mEq/L (ค่าปกติ 136-142 mEq/L) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.1) มีระดับโซเดียม

ปกติ เกือบหนึ่งส่วนสี่ (ร้อยละ 23.0) มีระดับโซเดียมต่ำกว่าปกติ (Hyponatremia) สำหรับระดับค่าโปแตสเซียมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโปแตสเซียมมีค่าอยู่ระหว่าง 2.03 - 5.70 mEq/L (ค่าปกติ 3.5 - 5.0 mEq/L) โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.7) มีระดับโปแตสเซียมปกติ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.1) มีระดับโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) และกลุ่มตัวอย่างเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 7.9) มีค่าโปแตสเซียมสูงกว่าระดับปกติ

2. ประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนลำในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนลำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 1.75$) พิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนลำ ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 2.58$) ด้านร่างกายและจิตใจ ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 1.86$) และด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนลำ ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 2.12$) ส่วนด้านสติปัญญา อารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 1.22$)

3. กลวิธีการจัดการและผลการจัดการกับอาการอ่อนลำในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3.1 กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นั่งพักผ่อน (ร้อยละ 96) รองลงมาคือ จิบหليب (ร้อยละ 91.3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง (ร้อยละ 90.5) นอนหลับ (ร้อยละ 88.1) และคิดในทางที่ดี (ร้อยละ 81) ส่วนกลวิธีที่ใช้น้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 30.2) ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ร้อยละ 23.8) รับประทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 11.9) ฝึกโยคะ (ร้อยละ 5.6) และการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.4) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนลำอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่านำมาใช้ในการจัดการกับอาการอ่อนลำ ได้แก่ การเลียงสัตว์ไว้ที่บ้าน การเล่นเกมออนไลน์ และเปลี่ยนน้ำยา dialysate ออกจากร่างกายทันทีเมื่อรู้สึกรู้ว่ามีอาการอ่อนลำ

3.2 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนลำที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสามารถจัดการกับอาการอ่อนลำได้ผลมากที่สุดโดยมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง 5 อันดับแรก ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ($\bar{X} = 1.90$) รองลงมาคือ นั่งพักผ่อน ($\bar{X} = 1.89$) จิบหليب ($\bar{X} = 1.84$) นอนหลับ ($\bar{X} = 1.80$) คิดในทางที่ดี ($\bar{X} = 1.61$) และดื่มน้ำหวาน ($\bar{X} = 1.51$) ส่วนกลวิธีที่ได้ผลน้อยที่สุดโดยผลอยู่ในระดับเล็กน้อย 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม ($\bar{X} = 0.57$) ทำงานอดิเรกที่ชอบ

($\bar{X} = 0.43$) รับประทานยาสมุนไพร ($\bar{X} = 0.23$) ฝึกโยคะ ($\bar{X} = 0.15$) และฝังเข็ม ($\bar{X} = 0.06$) ตามลำดับ

3.3 แหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าของตนเองเองนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) ได้มาจากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง รองลงมาได้มาจาก บุคลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 28.6) และสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 21.4) นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่ได้รายงานแหล่งที่มาของกลวิธีที่จัดการกับอาการอ่อนล้า คือ การได้พรจากพระเจ้า

4. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 24.82$, $SD = 4.96$) ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 4.13$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 17.15$, $SD = 3.39$) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = -.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน ทั้ง 4 ด้าน พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.54$, $-.43$, $-.37$, และ $-.36$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประเมินอาการอ่อนล้าของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการตรวจการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อให้สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือในการจัดการกับอาการอ่อนล้า เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้ดีขึ้นต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุดโดยมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง นั่งพักผ่อน จิบليب นอนหลับ พยาบาลควรมีการจัดห้องหรือสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนและบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ขณะเวลาที่มารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง และแนะนำวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)
2. ควรมีศึกษาพัฒนางานวิจัยต่อ โดยศึกษาอำนาจการทำนายถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถนำไปใช้พัฒนาการวิจัยในรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) ต่อไป
3. ควรมีการศึกษาถึงกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากวิจัยในครั้งนี้ อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในหลักสูตรการศึกษา/อบรม เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญ พร้อมทั้งสามารถวางแผนให้การดูแล เพื่อป้องกัน/บรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.

ดวงรัตน์ มนโรสง 5036817 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรวรรณ ศรียุคศุทธ, D.S.N.,

กณีนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), ทวี ชาญชัยจิรา, พบ., ว.ว. วิทยาศาสตรโรไต

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากในแต่ละปี เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากไตได้สูญเสียหน้าที่การทำงานอย่างถาวร จนผู้ป่วยไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่ช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างเป็นธรรมชาติและเหมาะสม การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีนี้ได้ถูกนำเข้าสู่ในระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2551 ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และเป็นอาการสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการอ่อนล้า (Ossareh, Roozbeh, Krishnan, Bargman, & Oreopoulos, 2003) ซึ่งอาการอ่อนล้านี้สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยจากการศึกษาของ Uhlin และ Gustafsson (2006) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดอาการอ่อนล้าได้สูงถึง 88 % ส่วนการศึกษาของ Ossareh et al. (2003) พบว่าอาการอ่อนล้า

เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งอาการอ่อนล้าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าแตกต่างกันออกไป เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Petchrung, 2004) ไม่อยากลืมตา ไม่อยากพูดคุย รู้สึกไม่สบาย รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดอาการเบื่อหน่าย (Griego, 1993; วาทีนี ศรีไทย, 2548) ผลของอาการอ่อนล้าส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าแต่ละรายนั้น มีบริบทสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในการดำเนินชีวิต และวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกันออกไป

จากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptoms management strategies) และผลลัพธ์อาการ (symptom outcomes) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเชื่อว่า บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม เป็นการรับรู้และแปลความผ่านกระบวนการคิดของตนเองต่ออาการ มีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษาและผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลนั้นจะหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและกลับคืนสู่ภาวะปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องน้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาล และทีมสุขภาพในการวิเคราะห์ ประเมินอาการอ่อนล้าและวางแผนส่งเสริมการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย โดยคำนวณโดยใช้ Power Analysis ของ Polit และ Beck (2008) กำหนดระดับเชื่อมั่นในการทดสอบระดับแอลฟาที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 และขนาดค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรขนาดเล็ก (small effect size) ที่ .25 ซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายกับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – ตุลาคม 2552 ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอพีดี (CAPD) โรงพยาบาล 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 2) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ โดยมีคะแนนจากการประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน 3) มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า พัฒนาโดย Piper และคณะ (1998) เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้ดำเนินการโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญา ในการศึกษาครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมได้เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า พัฒนาโดยธีรนุช เพชรรุ่ง (Petchrung, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาใช้ในกลุ่ม

ตัวอย่างครั้งนี้ มีจำนวน 21 ข้อ ซึ่งแบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการอ่อนล้าจำนวน 19 ข้อ และมีข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ และข้อคำถามที่ 21 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า การศึกษาครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมได้เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541) จำนวน 26 ข้อ ประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย (physical domain) 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) การศึกษาครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมได้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์และเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร เพื่อขอรับการพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการชี้แจงอย่างชัดเจนว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตนมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาหากต้องการ ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทน ไม่มีการระบุชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้นำไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ของการจัดการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.76 ปี ($SD = 13.95$) อายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 19 ปี และอายุมากที่สุดคือ 86 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.6 และ 48.4 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 54.8) มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่าก่อนเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 16.7) ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) ไม่ได้ประกอบอาชีพเลย และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,609.84 บาท/เดือน โดยมีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 28.6) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) ระบุว่ารายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยเวลานาน้อยที่สุดคือ 1 เดือน ส่วนระยเวลานานที่สุดคือ 9 ปี โดยมีระยเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) เปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้งต่อวัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) ใช้ปริมาณน้ำยา 8,000 มิลลิลิตรต่อวัน

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ารวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 1.75$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 2.58$) ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 2.12$) และด้านร่างกายและจิตใจ ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 1.86$) ส่วนด้านสติปัญญาอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 1.22$)

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่นั่งพักผ่อน (ร้อยละ 96) รองลงมาคือ รับประทานอาหาร (ร้อยละ 91.3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง (ร้อยละ 90.5) นอนหลับ (ร้อยละ 88.1) และคิดในทางที่ดี (ร้อยละ 81) ส่วนกลวิธีที่ใช้น้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้ายคือ รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 30.2) ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ร้อยละ 23.8) รับประทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 11.9) ฝึกโยคะ (ร้อยละ 5.6) และการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.4) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่านำมาใช้ในการจัดการกับอาการ

อ่อนล้า ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ไว้ที่บ้าน การเล่นเกมอินเทอร์เน็ต และปล่อยน้ำยา dialysate ออกจากร่างกายทันทีเมื่อรู้สึกรู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้า

สำหรับกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุด โดยมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง 5 อันดับแรก ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ($\bar{X} = 1.90$) รองลงมาคือ นั่งพักผ่อน ($\bar{X} = 1.89$) จิบหลับ ($\bar{X} = 1.84$) นอนหลับ ($\bar{X} = 1.80$) คิดในทางที่ดี ($\bar{X} = 1.61$) และดื่มน้ำหวาน ($\bar{X} = 1.51$) ส่วนกลวิธีที่ได้ผลน้อยที่สุดโดยผลอยู่ในระดับเล็กน้อย 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม ($\bar{X} = 0.57$) ทำงานอดิเรกที่ชอบ ($\bar{X} = 0.43$) รับประทานยาสมุนไพร ($\bar{X} = 0.23$) เล่นโยคะ ($\bar{X} = 0.15$) และฝังเข็ม ($\bar{X} = 0.06$) ตามลำดับ และแหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าของตนเองเองนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) ได้มาจากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง รองลงมาได้มาจาก บุคลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 28.6) นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่ได้รายงานว่าแหล่งที่มาของกลวิธีที่จัดการกับอาการอ่อนล้า คือ การได้พรจากพระเจ้า

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 4.13$) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 17.15$, $SD = 3.39$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 24.82$, $SD = 4.96$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = -.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านซึ่งได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = -.43$, $-.37$, $-.54$ และ $-.35$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N=126)

ตัวแปร	ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า (r)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	- .46*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	- .43*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	- .37*
คุณภาพชีวิตสัมพันธภาพทางสังคม	- .54*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	- .35*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า รองลงมาได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านสติปัญญา อารมณ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนล้า ซึ่งพบว่า ระดับค่า Hematocrit และ Hemoglobin อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ในการดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ระดับ Hematocrit ไม่ต่ำกว่า 33 % และ Hemoglobin ไม่ต่ำกว่า 11 mg/dl) (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) และเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.8) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีระดับ Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์ในการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งโดยปกติ Hemoglobin มีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนเป็นตัวสลาย ATP ให้ได้พลังงานมาใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อระดับออกซิเจนในร่างกายลดลงจากภาวะช็อค จึงส่งผลให้ขาดพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) และอย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยวิธีการรักษาด้วยยา เช่น Ferrous sulfate, folic acid และ/หรือ Eprex เพื่อทดแทนฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งกระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) ใช้สิทธิในการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์ในการดูแลบางรายยังไม่ได้รับการรักษาเพื่อ

ทดแทนฮอร์โมน erythropoietin ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวหลักประกันสุขถ้วนหน้า (บัตรทอง) ยังไม่ได้ครอบคลุมการรักษาด้วยยาประเภทนี้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่มีระดับ Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการดูแล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีภาวะซีดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้

นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการสูญเสียโปรตีนและกรดอะมิโนออกจากร่างกายทางน้ำยา dialysate (ชวลิต รัตนกุล, 2550) ทำให้เกิดภาวะซีดเพิ่มขึ้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.1) มีระดับโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากปริมาณของโปแตสเซียมที่สูญเสียไปทางน้ำยา dialysate โดยมีการสูญเสียโปแตสเซียมผ่านทางช่องท้องโดยเฉลี่ยประมาณ 25-30 mEq/L ต่อวัน (อุปถัมภ์ สุกสินธุ์, 2551) หากจำนวนครั้งที่เปลี่ยนน้ำยาในแต่ละวันเพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำได้สูงขึ้นด้วย มีระดับโปแตสเซียมต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) นอกจากนั้น อาจมีการสูญเสียโปแตสเซียมไปทางระบบทางเดินอาหาร การใส่ยาขับปัสสาวะ และจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ต่ออาการอ่อนล้า จึงได้หาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตัวเองโดยใช้กลวิธีการต่างๆ ทำให้มีอาการอ่อนล้าลดลง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมี แพร้งสกุล (2545) ที่พบว่าอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ ร่มรัตน์ หลีสุข (2549) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก จะเห็นได้ว่าระดับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยทั้ง 2 งานในประเทศไทย อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศ โดยการศึกษาของ Straub, Murphy, และ Rosenblum (2008) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ราย มีระดับอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างงานวิจัยในต่างประเทศมีปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกับคนไทย นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เพียง 10 ราย เท่านั้น

กลวิธีการจัดการและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ กลวิธีการพักผ่อน ไม่ว่าจะเป็นนั่งพักผ่อน จิบหลับหรือนอนหลับในช่วงสั้น ๆ ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง ซึ่งเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ กลวิธีดังกล่าวนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลือกปฏิบัติว่า เป็นกลวิธีการจัดการที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองง่ายๆ ที่บ้าน สะดวก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Petchrung (2004) ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 130 ราย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ เพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุด รองลงมาคือ การนอนหลับ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำหวาน และการนั่งพักผ่อน

เมื่อพิจารณาผลจากการจัดการอาการอ่อนล้าด้วยกลวิธีต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานพบว่า กลวิธีต่างๆ สามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยกลวิธีที่มีประสิทธิผลสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การดูโทรทัศน์/ฟังเพลง นั่งพักผ่อน จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น ๆ นอนหลับ และคิดในทางที่ดี และกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม ทำงานอดิเรกที่ชอบ รับประทานยาสมุนไพร ผักโยคะ และฝังเข็ม ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Petchrung (2004) ที่พบว่าการฝึกโยคะและการทำสมาธิเป็นวิธีการจัดการช่วยบรรเทาอาการอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับมากถึงแม้ว่าการฝึกโยคะ เป็นวิธีการออกกำลังกายที่มีประโยชน์ นอกจากช่วยให้ออกกำลังกายแล้ว ยังช่วยลดอาการอ่อนล้า ยังพบว่าช่วยฟื้นฟูจิตใจทำให้ผ่อนคลาย รู้สึกตื่นตัวและทำให้มีความสุข (Yurtkuran, Alp, Yurkuran, และ Dilek, 2007) แต่จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.6) ที่ใช้วิธีฝึกโยคะในการจัดการกับอาการอ่อนล้า อีกทั้งรายงานว่าวิธีนี้มีผลช่วยบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ในระดับน้อย โดยสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่นิยมใช้โยคะ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ขณะใส่น้ำยา dialysate เข้าไปในช่องท้องในปริมาณ 1,500 – 2,000 มิลลิลิตรต่อครั้ง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สบายท้องได้ (นันทา มหัทธนนท์ และ สมรัก รอดพ่าย, 2551) ซึ่งทำให้การฝึกโยคะนั้นอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การฝึกโยคะอาจเป็นวิธีที่สะดวกน้อยกว่า การจะปฏิบัติได้ต้องได้รับการฝึก และกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโยคะทั้งในด้านของประโยชน์และวิธีการปฏิบัติ ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่นิยมใช้โยคะในการจัดการกับอาการอ่อนล้าน้อยกว่าวิธีออกกำลังกายอื่น

จากการศึกษาแหล่งของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) ได้กลวิธีในการจัดการกับอาการอ่อนล้าจากการเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด จากแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวไว้ว่าการจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมี อาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความรู้หรือ ประสบการณ์ วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคล ที่จะเลือกวิธีปฏิบัติโดยมีเป้าหมายเพื่อ เบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ ซึ่งกลวิธีที่เลือกใช้ อาจเป็นกลวิธีในการดูแลตนเอง การใช้ ยา หรืออาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า สมาชิก ภายในครอบครัว เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อนบ้าน และสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นแหล่งที่มาของกลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นกัน นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างอีก 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่ได้รายงานแหล่งที่มาของกลวิธีที่จัดการกับ อาการอ่อนล้า คือ การได้พรจากพระเจ้า ผลการศึกษายังพบอีกว่า ร้อยละ 28.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดระบุว่า ได้รับข้อมูลการจัดการกับอาการอ่อนล้าจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลตั้งแต่ครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยโรคไตวายเรื้อรัง หรืออาจได้รับข้อมูลเมื่อเข้า รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามก็อาจด้วยความจำกัดเรื่องเวลาและ จำนวนบุคลากรพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Peritoneal Dialysis Nurse; PD Nurse) ซึ่งในปัจจุบันยังคงมีน้อยมากเมื่อเทียบกับพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis Nurse; HD Nurse) โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีอัตราส่วน PD Nurse: HD Nurse คิดเป็น 3 : 70 คน (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2551) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในปีที่ผ่านมา จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ อาการและกลวิธีการจัดการกับอาการให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการให้บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาบทบาทในการประเมิน อาการและผู้ดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมกับ ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบ จากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือภาวะโรคร่วม และวิธีการรักษาด้วยวิธีการ ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ทำให้เกิดอาการ

อ่อนล้าได้มาก อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างได้นำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามประสบการณ์และการเรียนรู้แต่ละบุคคล หรือคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ และบุคคลอื่นๆ เพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า เช่น การนั่งพักผ่อน การนอนหลับในช่วงสั้น ๆ หรือการนอนหลับเป็นต้น จึงทำให้อาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างบรรเทาลง ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย 2 งานวิจัยซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันกับการศึกษาในครั้งนี้ จากการศึกษาของ วิภาดา มหัตตนิโรจน์ (2542) ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ชูวดี ชีระศิลป์ (2547) พบว่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lok (1996) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะไตเสียหายอย่างถาวร ไม่สามารถจัดของเสียได้ จึงทำให้เกิดภาวะยูริเมีย ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกวัน ไม่มีวันหยุด และต้องรักษาไปตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา Dialysate ครั้งละ 1,500 - 2000 มิลลิลิตร โดยเปลี่ยนวันละ 3-5 ครั้ง ผู้ป่วยอาจจะไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม บางครั้งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่อยากออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และทำให้หมดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รบกวนประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถในการพบปะพูดคุยหรือกิจกรรมในสังคมลดลง และถูกรบกวนชีวิตทางเพศ (Petchrungrat, 2004) ให้ความช่วยเหลือคนอื่นได้น้อย ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งตนเองได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นลดลง และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.9) หลังเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วพบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจได้สูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าในตนเอง เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้อื่น รู้สึกท้อแท้และหมดหวัง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวน้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลาง ($r = - .459$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามากจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน ทั้ง 4 ด้าน พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นไปตามความสัมพันธ์ที่เสนอในแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการศึกษาของ Ahlberg, Ekma, & Guston-Johansson (2004) พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงในระดับปานกลาง จึงสนับสนุนว่าประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การจัดการกับอาการ โดยในการศึกษาครั้งนี้ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประเมินอาการอ่อนล้าของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการตรวจการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อให้สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือในการจัดการกับอาการอ่อนล้า เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้ดีขึ้นต่อไป
2. จากผลการวิจัยพบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุดโดยมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง ได้แก่ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง นั่งพักผ่อน รับประทานอาหาร นอนหลับ พยาบาลควรมีการจัดห้องหรือสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน

และบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ขณะเวลาที่มารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง และแนะนำวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)
2. ควรมีศึกษาพัฒนางานวิจัยต่อโดยศึกษาอำนาจการทำนายถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถนำไปใช้พัฒนาการวิจัยในรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)
3. ควรมีการศึกษาถึงกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากวิจัยในครั้งนี้ อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในหลักสูตรการศึกษา/อบรม เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญ พร้อมทั้งสามารถวางแผนให้การดูแล เพื่อป้องกัน/บรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS.

DUANGRAT MONTHAISONG 5036817 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: AURAWAMON SRIYUKTASUTH. D.S.N.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL. Ph.D. (Nursing),
TAWEE CHANCHAIRUJIRA. M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

End stage renal disease (ESRD) is a major public health problem in countries all over the world including Thailand. The incidence and prevalence of end stage renal disease has rapidly been increasing. The government has to spend a large amount of budget and resources to provide care to these patients because these patients have permanently lost the functioning of their kidneys and are therefore unable to live their life if they do not receive a treatment to replace their kidney function.

Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) is one method that helps get rid of the waste from the body naturally and appropriately. Continuous ambulatory peritoneal dialysis has been included in the health insurance system since 2008 to treat patients with end stage renal disease, whose number is growing continuously. For this reason, nurses and healthcare team member should realize the significance of this group of patients. One of the health problems that are frequently found and that are important symptoms among these patients is fatigue (Ossareh, Roozbeh, Krishnan, Bargman, & Oreopoulos, 2003). Fatigue is generally found in chronic patients just like patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. A

study conducted by Uhlin and Gustafsson (2006) has shown that as many as 88% of patients with end stage renal disease suffer from fatigue. In another study, (Ossareh et al., 2003) found that fatigue can be experienced as soon as the patients undergo continuous ambulatory peritoneal dialysis for the first time, and it increases when the patients have to continue continuous ambulatory peritoneal dialysis for a long period of time. In general, fatigue is a perception of individuals of the symptom that they are experiencing. Each patient may have his or her own way to respond to fatigue such as exhaustion, muscle ache (Petchrung, 2004), not feeling like opening eyes, not wanting to talk to anybody, discomfort, uncertainty in life, and boredom (Griego, 1993; Vatinee Srithai, B.E. 2548). Fatigue leads to suffering and threats to individuals' physical, psychological, social, and behavioral statuses, as well as their quality of life. Patients who have fatigue experience have different contexts and environments in their daily living and in their fatigue management.

According to the symptom management model of Dodd et al. (2001), symptom experience, symptom management strategies, and symptom outcomes are interrelated. It is believed that individuals are able to perceive and feel that their body has changed or become abnormal. It is a kind of perception and interpretation that takes place through individuals' thinking process. In so doing, individuals think about the symptoms and consider their severity, causes, treatment, and their effects on life. Individuals also undergo physiologic, psychological, and social changes. When this happens, individuals will seek for strategies to control the occurring symptoms to ensure desirable outcomes and return to normal. A review of literature published both in Thailand and abroad has revealed that there are very few studies that investigated fatigue experience, fatigue management strategies, and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. Thus, the researcher was interested in investigating these issues so that the findings of the study could be used as a guideline for nurses and healthcare team members to assess fatigue and promote effective fatigue management strategies in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis to ensure their quality of life.

Objectives of the Study

1. To investigate fatigue experience, fatigue management strategies, and quality of life of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis
2. To determine the relationship between fatigue experience and quality of life of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis

Research Hypothesis

There is a negative relationship between fatigue experience and quality of life of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Research Methodology

The present study was descriptive correlational study which aimed at investigating fatigue experience, fatigue management strategies, and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and determining the relationship between fatigue experience and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. The study sample consisted of 126 patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. The Power Analysis of Polit and Beck (2008) was used, and the level of confidence was set with alpha equal to 0.05, the testing power equal to 0.80, and the small effect size equal to 0.25, all of which were derived from a review of existing studies similar to the present research. Data were collected between June and October 2009 at the CAPD clinics at three hospitals in Bangkok. Convenience sampling was employed to recruit the study sample. The inclusion criteria of the sample were as follows: 1) They were at least 18 years old and had received continuous ambulatory peritoneal dialysis for at least one year; 2) They did not have any abnormality in their perception as assessed using the Thai Mental State Examination (TMSE) with the scores equal to or higher than 24 points; 3) They had fatigue experience; and 4) They were able to communicate in the Thai language.

Research Instruments

Part I: The demographic characteristics questionnaire and the illness and treatment questionnaire was used to elicit data regarding demographic characteristics of the subjects as well as the data regarding their illness and treatment.

Part II: The Revised Piper Fatigue Scale was developed by Piper et al. (1998) and translated into the Thai language by Piangjai Dalopakarn (B.E. 2545). The scale consisted of 22 items which were divided into four domains: behavior and severity of fatigue, meaning of fatigue, physiologic and psychological status, and cognitive status. In this study, Cronbach's Alpha Coefficient of the scale was equal to 0.95.

Part III: The fatigue management strategies and outcomes of fatigue management strategies questionnaire was developed by Theeranuch Petchrung (B.E. 2547). In this study, the questionnaire was adapted to better suit the study sample. There were 21 items in the questionnaire which could be divided into two parts: The fatigue management strategies and outcomes of fatigue management strategies. Of these, 19 items were closed-ended items which elicited data regarding methods used by the patients to relieve their fatigue, and one open-ended item which elicited data regarding other fatigue management strategies used by the subjects. The last item in the questionnaire required the subjects to identify the sources of fatigue management strategies. In this study, Cronbach's Alpha Coefficient of the questionnaire was equal to 0.70.

Part IV: The WHOQOL-BREF Thai questionnaire was originally developed by the World Health Organization and subsequently translated into Thai by Suwat Mahatnirankul et al. (B.E. 2541). There were 26 items which assessed the components of quality of life in four domains as follows: 1) physical domain, 2) psychological domain, 3) social relationship domain, and 4) environmental domain. In this study, Cronbach's Alpha Coefficient of the questionnaire was equal to 0.90.

Protection of the rights of human subjects

The research proposal was submitted to the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Pramonkutklao Hospital, and Baan Phaew Hospital Prommitr

Branch to ask for permission to collect data. After written permission was granted, the researcher approached the study subjects and explained the study objectives and data collection procedures. All of the subjects were clearly informed that their participation in the study was solely on a voluntary basis and they were able to withdraw from the study anytime if they wished without any effects on the treatment and care they would have received from the hospitals. They were also assured that the data collected from them would be kept strictly confidential, coded, and reported only as group data without any information that could identify who they were.

Data Analysis

A computer statistical program was used in the data analysis. Descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation were used to analyze demographic characteristics of the subjects, fatigue experience, fatigue management strategies, outcomes of fatigue management strategies, and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. In addition, the relationship between fatigue experience and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis was determined using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient with the significance level set at .05.

Findings

As regards the demographic characteristics of the subjects, the mean age of the subjects was 55.76 years (SD = 13.95). The youngest age of the subjects was 19 years, and the oldest age of the subjects was 86 years. There were slightly more female than male subjects (51.6% and 48.4%, respectively). Moreover, a little more than half, or 54.8%, were married and completed elementary education. The findings also revealed that before their sickness, the subjects worked to earn their living, and there were only a small number of them, or 16.7%, who did not have any occupation. However, after becoming sick with end stage renal disease and undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis, more than half of the subjects, or 54%, did not have

any occupation. Furthermore, in terms of family income, the average income of the subjects was 16,609.84 baht per month, with the largest group, or 28.6%, earning between 5,000 and 10,000 baht per month. More than half of the subjects, or 59%, indicated that their income was sufficient. With regard to continuous ambulatory peritoneal dialysis, the subjects had been receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis from one month to nine years, with the mean duration of continuous ambulatory peritoneal dialysis of 10.97 months. In addition, close to two-thirds of the subjects, or 65.9%, had been receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis for less than one year. Most of them, or 86.5%, changed the dialysate four times a day, and the same percentage, or 86.5%, used about 8,000 milliliters of dialysate per day.

In regard to fatigue experience of the subjects, its findings showed that the subjects had overall fatigue experience at a moderate level ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 1.75$). When considering the four domains of fatigue experience, it was found that the scores of three domains were at a moderate level: behavior and severity of fatigue ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 2.58$), meaning of fatigue ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 2.12$), and physiologic and psychological status ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 1.86$). On the other hand, the mean score of the cognitive domain was at a low level ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 1.22$).

As for fatigue management strategies, the five strategies used most frequently by the subjects were resting (96%), napping (91.3%), watching television and listening to music (90.5%), sleeping (88.1%), and having positive thinking (81%). In contrast, the five strategies used least frequently by the subjects were taking supplementary diets (30.2%), doing hobbies (23.8%), taking herbal medicines (11.9%), doing yoga (5.6%), and using acupuncture (2.4%). In addition, there were other fatigue management strategies reported by the subjects including keeping a pet, using the Internet, and releasing dialysate out of the body as soon as they felt fatigued.

In terms of effectiveness of fatigue management strategies, the strategies reported as most effective by the subjects, with the effectiveness at a moderate level, were watching TV ($\bar{X} = 1.90$), resting ($\bar{X} = 1.89$), napping ($\bar{X} = 1.84$), sleeping ($\bar{X} = 1.80$), having positive thinking ($\bar{X} = 1.61$), and having a cool and sweet drink ($\bar{X} = 1.51$). On the contrary, the strategies found to be least effective, with the effects at a low level, were taking supplementary diets ($\bar{X} = 0.57$), doing hobbies ($\bar{X} = 0.43$),

taking herbal medicines ($\bar{X} = 0.23$), doing yoga ($\bar{X} = 0.15$), and having acupuncture ($\bar{X} = 0.06$). Regarding the sources of fatigue management strategies used by the subjects, most of the subjects, or 79.4%, adopted the strategies based on their experience of self-learning, while 28.6% learned about such strategies from the healthcare team members. Only one subject, or 0.8%, indicated that the source of their fatigue management strategies was the blessings from God.

According to the study findings, the overall mean score of quality of life of the subjects was at a moderate level ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$). When considering four domains of quality of life, it was found that the mean score of each domain was also at a moderate level including the physical health domain ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 4.13$), the psychological health domain ($\bar{X} = 17.15$, $SD = 3.39$), the social relationship domain ($\bar{X} = 8.71$, $SD = 2.42$), and the environmental domain ($\bar{X} = 24.82$, $SD = 4.96$). When considering the relationship between fatigue experience and quality of life of the subjects, it was found that there was a negative relationship between fatigue experience and quality of life at a moderate level ($r = -0.46$) with statistical significance at the 0.01 level. Moreover, when considering the relationship between fatigue experience and each domain of quality of life, it was discovered that fatigue experience was negatively related to each domain of quality of life of the physical health domain, the psychological health domain, the social relationship domain, and the environmental domain at a moderate level ($r = -0.43$, $r = -0.37$, $r = -0.54$, and $r = -0.35$, respectively) at the significance level of 0.01, as illustrated in Table 1 below.

Table 1: Fatigue experience and quality of life of the study sample (N = 126)

Variables	Fatigue experience (r)
Overall quality of life	-0.46*
Physical health domain	-0.43*
Psychological health domain	-0.37*
Social relationship domain	-0.54*
Environmental domain	-0.35*

* p < 0.01

Discussion

Fatigue experience of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis

The findings showed that the sample had overall fatigue experience at a moderate level. When considering four domains of fatigue experience, it was found that the domain that had the highest mean score was the behavior and severity of fatigue domain, followed by the physiological and psychological status domain, and the meaning of fatigue domain, respectively. The domain which received the lowest mean score was the cognitive domain, with the mean score at a low level. These findings could be explained that the subjects had the pathology of end stage renal disease which was a major cause of fatigue. In this study, most subjects suffered from anemia. To further explain, the female subjects had the hematocrit and hemoglobin level lower than normal (hematocrit level more than 33 % and hemoglobin level more than 11 mg/dl).(Tawee Siritwong et al., 2551) In addition, 70.60 % of the subjects and 54.8 % of the subjects had their hematocrit and hemoglobin level lower than normal, respectively. In general, hemoglobin works to transport oxygen which decomposes ATP to generate energy needed in the constriction of the muscles. When the oxygen level in the body becomes low due to anemia, the patients lack energy required in the constriction of the muscles, so the patients experience fatigue (Chailert Pichitpornchai, B.E. 2551). However, the subjects in this study received pharmacological methods to manage their fatigue such as ferrous sulfate, folic acid, and/or Eprex to replace the erythropoietin hormone. Furthermore, continuous

ambulatory peritoneal dialysis causes the loss of protein and amino acid in the body through the dialysate (Chavalit Rattanakul, B.E. 2550), hence more anemic condition. It was found in this study that almost half of the subjects, or 42.1%, had hypokalemia. This is because continuous ambulatory peritoneal dialysis leads to a loss of about 25-30 mEq/L of potassium through dialysate per day (Aupatum Supasin, B.E. 2551). In addition, hypokalemia cause by losing through gastrointestinal tract, taking diuretic drug, and losing of appetite this also contributes to fatigue. However, the subjects in this study had perceived fatigue and searched for different strategies to manage and reduce their fatigue. As a result, they reported that they had fatigue at a moderate level. Likewise, Boonmee Paeroongsakul (B.E. 2545) found that the patients with end stage renal failure undergoing hemodialysis had overall fatigue at a moderate level. On the other hand, Romrat Leesuk (B.E. 2549) reported that patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and patients with hemodialysis had fatigue at a moderate to high level. Thus, it can be seen that the studies conducted in Thailand indicated that the samples had a moderate to high level of fatigue, which was different from the studies carried out abroad. For example, Straub, Murphy, and Rosenblum (2008) found that ten American patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis had only a slight level of fatigue. It may be possible that the sample in the US study had different personal factors, health and sickness factors, and environmental factors from those of the Thai subjects. Besides, there were only a small number of subjects, or ten of them, in the cited American study.

Fatigue management strategies and outcomes of fatigue management strategies in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis

The findings revealed that the strategies mostly used by the subjects were taking a rest and relaxation including resting, napping, watching television, or listening to music. The subjects explained that these strategies were easy to do by themselves at home, were convenient, did not require any tool or equipment, did not cost anything, and were effective to manage their fatigue. The findings of this study were also consistent with the study of Petchrung (2004) who investigated fatigue of 130 patients on hemodialysis and found that they most frequently chose to take a nap

for a short period of time to manage their fatigue, followed by sleeping, exercising, drinking a cool and sweet drink, and sitting idly.

When considering the outcomes of different fatigue management strategies used by the subjects, it was found that different strategies were effective to relieve fatigue from a low to moderate level. The five most effective strategies were watching television/listening to music, sitting idly, napping, sleeping, and having positive thinking. On the other hand, the five strategies found to be the least effective were taking supplementary diets, doing hobbies, taking herbal medicines, doing yoga, and having acupuncture. Such findings were not consistent with the findings of Petchrung (2004) who found that yoga were the most effective strategies to relieve fatigue. Although, yoga is a form of exercise that is very beneficial to different organs and functioning in the body. In addition to increasing strength of muscles and heart muscles and decreasing fatigue, yoga can rehabilitate the patients and restore their relaxation, alertness, and well-being (Yurtkuran, Alp, Yurkuran, and Dilek, 2007). However, in the present study, there were only seven subjects (5.6%) who chose yoga to manage their fatigue. Most of the sample chose light exercise (72.2%) and doing house work (57.9%). It was possible One plausible explanation is that the subjects in this study were those with continuous ambulatory peritoneal dialysis, with about 1,500 to 2,000 milliliters of dialysate injecting into their abdomen. This increases the pressure in the abdominal cavity, hence bloated feelings and other discomfort feelings in the abdomen (Nanta Mahathanan & Somrak Rodpai, B.E. 2551). As for yoga, there may be some restrictions in body postures for this group of subjects, Therefore, the number of healthcare team should be provided with opportunity to equip with skills necessary to offer correct and appropriate advice to patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis

When considering the subjects' sources of fatigue management strategies, it was found that most of them, or 79.4%, used the strategies they had learned about by themselves. According to the concept of symptom management of Dodd et al. (2001), management beings with symptom experience from each patient's perspective. Symptom management strategies of the patients generally depend on their knowledge, experience, cultural background, and beliefs, and the strategies are chosen with an aim to deviate or slow down the negative effects of symptoms. The strategies selected by

the patients may be self-care strategies, use of pharmacological methods, or dependence on healthcare team members. In this study, it was found that family members, fellow patients, neighbors, and different media including television, radio, newspaper, and the Internet were the sources of fatigue management strategies of the subjects. In addition, it is worth noting that one of the subjects, or 0.8%, reported that the source of fatigue management strategies was blessings from God. Besides, it was found that 28.6% of the subjects indicated that they received information on fatigue management from the healthcare team members. It was possible that the subjects received such information when their end stage renal disease was first diagnosed or after they began their treatment with continuous ambulatory peritoneal dialysis. However, at present, there are limitations in terms of the number of peritoneal dialysis nurses (PD nurses) which is still very low when compared to the number of hemodialysis nurses (HD nurses). In 2008, the ratio of PD nurses to HD nurses was 3 to 70 (Kuakiat Praditpornsilp, B.E. 2551), but the number of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis is rapidly increasing. Thus, there may be restrictions in terms of availability of PD nurses who are able to give advice on fatigue symptoms and fatigue management strategies to the patients. Therefore, the number of healthcare team members, especially PD nurses, should be provided with opportunity to equip themselves with knowledge and skills necessary to offer correct and appropriate advice to patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis to promote their quality of life.

Quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis

In this study, the findings indicated that the subjects had overall quality of life at a moderate level ($\bar{X} = 78.89$, $SD = 14.25$) continuous ambulatory peritoneal dialysis. It is possible that the subjects had been suffering from the pathology of end stage renal disease and co-morbidities, as well as the side effects of continuous ambulatory peritoneal dialysis, which had an impact on their physical and psychological well-being, hence fatigue experience. However, the subjects used different fatigue management strategies based on their experience, their learning, or

advice from the healthcare team members and others such as sitting idly, napping, or sleeping. Therefore, their fatigue was relieved to a certain extent and their quality of life was at a moderate level.

The findings of the present study were congruent with the findings of two studies conducted in Thailand using the same instruments. First, Vipada Maharattanaviroj (B.E. 2542) found that overall quality of life and each domain of quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis were at a moderate level. Second, Yuwadee Theerasilp (B.E. 2547) found that the scores of overall quality of life and each domain of quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis were also at a moderate level. In contrast, Lok (1996) reported that patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis had a good quality of life.

When considering all four domains of quality of life, it was found that scores of the environmental domain, the physical and psychological health domain, and the social relationship domain of the subjects were also at a moderate level. This is because the subjects had permanent kidney failure, so they were unable to get rid of wastes in the body, leading to uremia. In general, such condition affects different bodily systems, and continuous ambulatory peritoneal dialysis is required on a daily basis for the rest of the patients' life. About 1,500 to 2,000 milliliters of dialysate has to be changed three to five times a day, which causes trouble in daily living activities and socialization of the patients. As a result, some patients may not want to go out and socialize with other people. In addition to social life, it also disrupts the patients' work capacity and sex life (Petchrung, 2004). The patients are unable to help others less, and this affects their self-esteem. They also receive less assistance from others. In this study, more than half of the subjects, or 53.9%, had to quit their job after becoming stricken with end stage renal disease. They had to depend on other family members, and this led to emotional and mental changes. The subjects felt worthless and thought that they were a burden on their family and others. Thus, they developed the sense of hopelessness and helplessness. Furthermore, the findings showed that most of the subjects in this study had a low family income which was insufficient for their living. Thus, economic problems followed and affected their living condition.

For these reasons, the scores of the four domains of quality of life were at a moderate level.

Relationship between fatigue experience and quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis

The findings showed that fatigue experience was negatively associated with quality of life of patients with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis at a moderate level ($r = -0.46$) with statistical significance at the 0.01 level. Therefore, the hypothesis that patients with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis who had fatigue experience would have a low quality of life was accepted. When considering the relationship between fatigue experience and each of the four domains of quality of life, it was found that there was a negative relationship between fatigue experience and each domain of quality of life at a moderate level with the significance level of .01. Such findings were consistent with the relationship described in the symptom management model of Dodd et al. (2001). It is noteworthy that similar findings have been reported in other studies. For instance, Pitchyada Kongsaktrakul (B.E. 2547) found that there was a moderately negative relationship between fatigue experience and functioning status of cancer patients undergoing chemotherapy ($r = -0.43$) with statistical significance ($p < 0.05$). In addition, Ahlberg, Ekma, and Guston-Johansson (2004) found that fatigue experience was moderately negatively related to quality of life of patients with uterine cancer receiving radiotherapy with statistical significance ($p < 0.001$). These findings support the findings of the present study that fatigue experience was moderately and negatively associated with quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Recommendations

For nursing practices

1. Nurses should assess fatigue of the patients as soon as they begin their continuous ambulatory peritoneal dialysis and when they come to the hospital to

receive continuous treatment so that they can devise plans to assist these patients to manage fatigue and to promote the quality of life of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients.

2. The findings of this study revealed that the fatigue management strategies that could be used to most effectively manage fatigue with a moderate level of effectiveness were watching television/listening to music, sitting idly, napping, and sleeping. Therefore, nurses should arrange a room or a place where these patients can use to rest to manage their fatigue while they are waiting for their examination at the hospital.

For nursing research

1. Longitudinal studies should be conducted to explore fatigue experience and quality of life of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients.
2. Studies should be carried out to determine the predictive power of fatigue experience and quality of life so as to more appropriately devise nursing intervention to provide care to continuous ambulatory peritoneal dialysis patients more effectively.
3. Studies should also be conducted to investigate other symptoms which may be associated with quality of life of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients.

For nursing education

The findings of this study could be used as baseline data for nursing curricula or training to raise nurses' and healthcare team members' awareness of the problems with fatigue that this group of patients have to encounter so as to more appropriately devise a nursing care plan to prevent or relieve fatigue of patients using effective evidence-based fatigue management strategies to ensure the quality of life of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis.

บรรณานุกรม

- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. (2551). ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจกนุชย์, คุณิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 45-61). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ชวลิต รัตนกุล. (2550). โภชนาการสำหรับผู้ป่วย CAPD. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, และ เถลิงศักดิ์ กาจกนุชย์ (บรรณาธิการ), *Clinical Dialysis* (ครั้งที่ 1) (หน้า 1631-1654). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ชัยเลิศ พิชิตพรชัย. (2551). กล้ามเนื้อ. ใน วัฒนา วัฒนาภา, สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์, และ สุพรพิมพ์ เกียสกุล (บรรณาธิการ), *สรีรวิทยา ๑* (ครั้งที่ 5) (หน้า 113-178). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). Overview of Renal Replacement Therapy. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจกนุชย์, คุณิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และ เกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1223-1264). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ธันนดา ตระการวนิช. (2542). การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อและจิตเวช (neuromuscular & psychiatric changes) ในผู้ป่วย dialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 726-738). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.

- ธันนดา ตระการวนิช. (2551). ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (Electrolyte Disturbances in CAPD Patients). ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 343-354). กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ธิดารัตน์ พานขวงส์, เกสรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, สุวิมล กิมปี, และ วรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดขาเนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยง วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23, 60-73.
- เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2545). Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Practical Dialysis* (หน้า 591 – 767). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). ปัญหาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยและการป้องกัน (chronic kidney disease problem in Thailand and how to manage). ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on chronic kidney disease prevention: Strategies and practical point* (หน้า 1-7). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวี ศิริวงศ์ และคณะ (2551). แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550. ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 783-851). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- นันทา มหัทธนนท์ และ สมรัก รอดฟ่าย. (2551). Nursing aspect for CAPD. ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 203-254). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- บุญมี แพร้งสกุล. (2545). ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร – กุ๊ซ และ ชวดี ภาขา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS For Windows. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.

- ประทีป ธนกิจเจริญ, ชูชัย ศรีธานี, วัลลภ คชบก, และปราโมทย์ แยมพร้อม. (2551). Development of CAPD first policy in Thailand. ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตดินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, คุณิต ล้าเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 19-23). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัล-พับลิเคชั่น จำกัด.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหารเหนือลำ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาหารเหนือลำ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์. (บรรณาธิการ). (2551). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิเจพรินติ้ง.
- เพ็ญใจ คาโลปการ. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนือลำของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี ชีระศิลป์. (2547). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นามมีบุคลิกะชั่น.
- ร่มรัตน์ หลีสุข. (2549). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาหารเหนือลำ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลีนา งามอาจุทธ. (2550). ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on chronic kidney disease prevention: Strategies and Practical Point*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง และ สุดประนอม สมันตเวคิน. (2543). การผันแปรการทำกิจกรรมและการพักผ่อน. ใน สุดประนอม สมันตเวคิน, วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, วรณภา ชัยบุตร และ ดาไลด์ ทวีทรัพย์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล* (หน้า 147-236). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุภา.

- วาทินี ศรีไทย. (2548). ผลของการจัดเก็บอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด และวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2540). ความไม่สมดุลของน้ำ อิเล็กโทรลัยท์และกรดต่าง. ใน ถิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณัท กุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (หน้า 363-404). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- เวชสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2551). สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปี 2549 - 2552. ข้อมูล ณ วันที่ 23 มกราคม 2552.
- เวชสถิติโรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร. (2552). สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปี 2552. ข้อมูล ณ วันที่ 28 มกราคม 2552.
- เวชสถิติโรงพยาบาลศิริราช. (2552). สถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปี 2551. ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2552.
- วัลลา ตันตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 143-165). กรุงเทพฯ: วิ. เจ. พรินต์ติ้ง.
- ศุภชัย ฐิตอาชากุล. (2551). การล้างไตทางช่องท้อง. ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตรจิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล, และประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 101-132). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- โสภณ นภาพร. (2542). กลไกการเกิดไตวายเรื้อรัง. ใน เกรียง ตั้งสง่า, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 1-40). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วย ซี เอ พี ดี. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ราณี พรมานะรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). ตัวชี้วัดที่สำคัญ ผลสำมะโน/สำรวจ. Retrieved December 21, 2009, from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/indicator/indsur51.pdf>.
- อนุตตร จิตตินันท์. (2545). การลงทะเบียนทดแทนไตในประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry, TRT Registry): รายงานปีพ.ศ. 2540 – 2543. ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *Practical Dialysis*. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- อนุตตร จิตตินันท์. (2547). Overview of pre-end stage kidney disease management in chronic kidney disease patient. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1341-1355). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล - พับลิเคชั่นจำกัด.
- อรนุช ประดับทอง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). Current concepts in management of chronic kidney disease. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on chronic kidney disease prevention: Strategies and Practical Point* (หน้า 43-56). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. (2551). อาหารและโภชนาบำบัดในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (Nutrition and Peritoneal Dialysis). ใน สมชาย เอี่ยม อ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เกลิงศักดิ์กาญจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล, และ ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 101-132). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนน์เจอร์นัล-พับลิเคชั่น จำกัด.
- Aaronson, L. S. (1999). Defining and measuring fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45.
- Ahlberg, K., Ekman, T., & Guston-Johansson, G. (2004). The experience of fatigue, other symptom and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 377-386.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 25-30.

- Belza, B. L. (1995). Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *The Journal of Rheumatology*, 22, 639-643.
- Bender, F., Bernardini, J., & Piraino, B. (2006). Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: Best demonstrated practices. *Kidney International*, 70, 44-54.
- Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2008). Level of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 90-98.
- Buranaruangrote, S. (2006). *Experience and self management for fatigue in breast cancer Patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Chikotas, N., Gunderman, A., & Oman, T. (2006). Uremic syndrome and end – stage renal disease: Physical manifestations and beyond. *Journal American Academy Nurse Practice*, 18, 195-202.
- Collins, A. J. et al., (2008). United States Renal Data System 2007 Annual Data Report Abstract. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(1).
- Curtin, R. B., Walter, B. A. J., Bultman, D. C., Schatell, D., & Thomas – Hawkins, C. (2002). Hemodialysis Patients' Symptom Experiences: Effects on physical and mental functioning. *Nursing of Journal*, 29, 562-574.
- DeWit, S. C. (2009). Care of patients with disorders of the urinary system. In *Medical – surgical nursing concept & practice* (pp. 837 – 871). Texas: El Centro College Dallas.
- Diaz-Buxo, J., Lowrie, E. G., Lew, N. L., Zhang, H., & Lazarus, M. (2000). Quality-of-life evaluation using short form 36: Comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*, 35, 293-300.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, J., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.
- Edgell, E. T. et al., (1996). A review of health-related quality-of-life measure used in end-stage renal disease. *Clinical Therapeutics*, 18, 887-905.
- Ellam, T., & Wilkie, M. (2007). Peritoneal dialysis. *Medicine*, 35, 466-469.

- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. New York: John Wiley & Sons.
- Figueiredo, A. E., Scari, C., Rosa, M. D., & Santos, B. L. D. (2007). Quality of life in peritoneal dialysis patients evaluated by SF-36. *Peritoneal Dialysis International*, 27, 14.
- Gupta, D., Lis, C. G., & Grutsch, J. F. (2007). The relationship between cancer – related fatigue and patient satisfaction with quality of life in cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34, 40-47.
- Heiwe, S., Clyne, N., & Dahlgren, M. (2003). Living with chronic renal failure: Patients' experience of their physical and functional capacity. *Physiotherapy Research International*, 8, 167-177.
- Hubsy, E. P., & Seare, J. H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis: Guidelines for nursing care. *Rehabilitation Nursing*, 17, 176-180.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J. E., Bubela, N., & Thrmpton, L. (1994). The prevalent and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Nursing*, 17, 367-378.
- Jantaramanee, V. (2008). Fatigue experience, management strategies, and psychological well-being in advanced lung cancer patients receiving palliative. *Journal of Nursing Science*, 26(2-3), 43-58.
- Jhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L., & Unruh, M. (2008). Fatigue in patients receiving maintenance dialysis: A review of definitions, measures, and contributing factors. *American Journal of Kidney Diseases*, 1-13.
- Johnson, D. W., Dent, H., Hawley, C. M., McDonald, S. P., Rosman, J. B., Brown, F. G., et al. (2009). Associations of dialysis modality and infectious mortality in incident dialysis patient in Australia and New Zealand. *American Journal of Kidney Disease*, 53, 290-297.
- Jorgensen, R. (2008). Chronic fatigue: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 199-207.
- Kim, C. H., Shin, H. C., & Won, C. W. (2005). Prevalence of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome in Korea: Community - based primary care study. *Journal of Korean Medicine*, 20, 528-534.

- Kim, M. K., & Kim, H. S. (1997). Fatigue in patients on dialysis. *Journal of Korean Academy Adult Nursing*, 9, 505-511.
- Klang, B., & Clyne, N. (1997). Well-being and functional ability in uraemic patients before and after having started dialysis treatment. *Journal of Caring Sciences*, 11, 159-166.
- Lee, B. O., Lin, C. C., Chaboyer, W., Chiang, C. L., & Hung, C. C. (2007). The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 407-413.
- Lee, Y. H., Tsai, Y. F., Lai, Y. H., & Tsai, C. M. (2008). Fatigue experience and coping strategies in Taiwanese lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 876-883.
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patient in Australia. *Journal of Advance Nursing*, 23, 873-881.
- McCann, K., & Boore, J. R. P. (2000). Fatigue in person with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1132-1142.
- Mujais, S. (2003). Acid – base profile in patients on peritoneal dialysis. *Kidney International*, 64, 26-36.
- National Kidney Foundation. (2006). K/DOQI Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy. *American Journal Kidney Disease*, 48, 92-129.
- National Kidney Foundation. (2008). United States Renal Data System 2007 Annual Data Report Abstract. *American Journal of Kidney Disease*, 51(1), vi – vii.
- Niu, S., & Li, I. (2005). Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 15-21.
- Ossareh, S., Roozbeh, J., Krishnan, M., Bargman, J. M., & Oreopoulos, D. G. (2003). Fatigue in chronic peritoneal dialysis patients. *International Urology and Nephrology*, 35, 535-541.
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2007). An exploration of relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Nursing and Healthcare Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16, 276-284.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life an cancer nursing outcome variable. *Advance in Nursing Science*, 8, 45-60.

- Payne, J. K. (2004). A Neuroendocrine – Based regulatory fatigue model. *Biological Research for Nursing*, 6, 141-150.
- Petchrung, T. (2004). *Experience, Management strategies and outcome of fatigue in hemodialysis patient*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Piper, B. F. (1991). Alteration in energy: The sensation of fatigue. In S. B. Baird., R. McCorkle., & M. Grant (Eds.), *Cancer nursing: A comprehensive textbook* (pp. 894- 908). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In, V. C. Kohlman., A. M. Lindsay., & C. M. West, (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised piper scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677- 684.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14, 17-23.
- Polit, F. D. & Beck, T. C. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pupim, L.B., Cuppair, L., & Ikizler, T. A. (2006). Nutrition and metabolism in kidney disease. *Seminars Nephrology*, 26, 134-157.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 519-529.
- Roten, D. (1982). *Fatigue and the postsurgical patient*. In C. M. Norris., (Eds.), *Concept clarification in nursing* (pp. 277-300). Rockville: An Aspen Publication.
- Skalla, K. A., & Lacasse, C. (1992). Patients education for fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 19, 1537-1541.
- Smets, E. M., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. C. (1995). The Multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal Psychosom Research*, 39, 315-325.

- Stack, G. A., & Port, F. K. (2002). Demographics. In A. R. Nissenson & R. C. Fine, (3rd ed.), *Dialysis Therapy* (pp. 1-6). Hanley & Belfus, Inc: Philadelphia.
- Stone, P., Richards, M., & Hardy, J. (1998). Fatigue in patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 34, 1670-1676.
- Straub, C. K., Murphy, S. O., & Rosenblum, R. (2008). Exercise in the management of fatigue in patients on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 469- 475.
- Teerawattananon, Y., Mugfud, M., & Tangchroensathien, V. (2007). Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end stage renal disease. Evidence for coverage decision in Thailand. *Value Health*, 10, 61-72.
- Testa, M. A., Simonson, D. C. (1996). Current concepts: Assessment of quality of life outcome. *The New England Journal of Medicine*, 13, 835-841.
- Tsay, S. L. (2002). Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 99-106.
- Uhlen, P. Y., & Gustafsson, U. E. (2006). Self – reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 143-152.
- UNESCO. (1980). Evaluation the quality of life in Belgium. *Social Indicators Research*, 8, 312.
- United States Renal Data System. (2003). Atlas: Incidence and prevalence of ESRD. USRDS Home. Retrieve December 15, 2008, from <http://www.usrds.org/adr. html>.
- Vestergaard, S., Nayfield, S. G., Patel, K. V., Eldadah, B., Cesari, M., Ferrucci, L., et al. (2009). Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64A, 76-82.
- Winningham, M. L. (1996). Fatigue. In S. L. Groenwald (Eds.), *Cancer symptom management* (pp. 42-54). London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Yurtkuran, M., Alp, A., Yurtkuran, M., & Dilek, K. (2007). A modified yoga – based exercise program in hemodialysis patient: a randomized controlled study. *Complementary Therapies in medicine*, 15, 164-171.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม
วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

1. แพทย์หญิงปิยะธิดา จึงสมาน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์โรคไต
หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองกาญจน์ สังกาศ
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการจัดการกับอาการ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางปณทิพย์ เจตนาวิชย์
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคไต สง่า นิลวรารักษ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. พันโทหญิง อัจฉรา บุญกาญจน์
หัวหน้าพยาบาลหน่วยไต แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ปวยรายที่.....

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ()
หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
() 1. ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย / หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมต้น
() 4. มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ () 4. อนุปริญญา
() 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 6. อื่น ๆ ระบุ
5. อาชีพก่อนการเจ็บป่วย
() 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () 2. รับจ้าง () 3. ธุรกิจ – ค้าขาย
() 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
อาชีพปัจจุบัน
() 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () 2. รับจ้าง () 3. ธุรกิจ – ค้าขาย
() 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท
7. ความเพียงพอของรายได้
() 1. เพียงพอเหลือเก็บ () 2. เพียงพอไม่เหลือเก็บ () 3. ไม่เพียงพอ

8. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- () 1. ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 2. จ่ายค่ารักษาเอง () 3. ประกันสังคม
() 4. ประกันชีวิต () 5. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
() 6. สังคมสงเคราะห์

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่

- () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่กับครอบครัว ระบุ.....
() 3. อยู่กับญาติ () 4. อยู่กับเพื่อน
() 5. อื่น ๆ ระบุ.....

10. มีบุคคลใดดูแลช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย

- () 1. ไม่มี () 2. มี เกี่ยวข้องเป็น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)

- ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....ปี.....เดือน
- ชนิดของน้ำยาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....
ปริมาณน้ำยา.....ซีซี/วัน
ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....ครั้ง / วัน
- ประสิทธิภาพในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
ครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ เดือน.....พ.ศ. Kt / V.....
- ระดับ Hct.....% (เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
ระดับ Hb.....mg % (เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
ระดับ alb.....mg/dl (เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
ระดับ Na^+ mmol/L, K= mmol/L, Cl= mmol/L, HCO_3^- mmol/L
(เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
ระดับ Ca mg/dL (เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
ระดับ Po_4 mg/dL (เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.)
- โรคประจำตัวอื่น ๆ
() ไม่มี
() มี () โรคเบาหวาน () โรคความดันโลหิตสูง () โรคหัวใจ
() อื่น ๆ ระบุ

6. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

() ไม่มี

() มี ระบุชื่อยา

.....

.....

7. ประวัติการใช้สารเสพติด

7.1 บุหรี่ () 1.ไม่สูบ () 2.นาน ๆ ครั้ง () 3.เป็นประจำ

7.2 สุรา () 1.ไม่ดื่ม () 2.นาน ๆ ครั้ง () 3.เป็นประจำ

7.3 ชา / กาแฟ () 1.ไม่ดื่ม () 2.นาน ๆ ครั้ง () 3.เป็นประจำ

7.4 อื่น ๆ ระบุชนิด.....ความถี่ในการใช้.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลอาการอ่อนล้า

1. แบบประเมินอาการอ่อนล้า

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะมีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุด

จากการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | | | | | |

แข็งแรง

อ่อนแอ

จากข้อความตัวอย่าง แสดงว่า จากการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ท่านมีความรู้สึกว่าเป็นอ่อนแอมากที่สุด

ข้อ 1-11 จากได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นอย่างไร

1. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



แข็งแรง

อ่อนแอ

2. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ตื่นตัว

ง่วงเหงาหาวนอน

3. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



มีชีวิตชีวา

เซื่องซึม

.
. .
. .
. .

โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการอ่อนล้าจากการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตามหัวข้อต่อไปนี้

22. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ปกติ

ไม่ปกติ

2. แบบประเมินวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องกิจกรรมการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ท่านได้ปฏิบัติจริง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง ท่านกระทำวิธีการนั้น ๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำวิธีการนั้น ๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า

ในช่องเกี่ยวกับผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าโปรดระบุ ว่า เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นแล้ว สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ไม่ได้ผลเลย (0 %) หมายถึง กิจกรรมที่ไม่ช่วยลดอาการอ่อนล้าเลย

ได้ผลเล็กน้อย (10-30 %) หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้เล็กน้อย

ได้ผลปานกลาง (40-70 %) หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ปานกลาง

ได้ผลมาก (80-100 %) หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้มาก

ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องกิจกรรมการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ท่านได้ปฏิบัติจริงมากที่สุด และลงในช่องผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า

วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า			
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ได้ผลเลย 0 %	ได้ผลเล็กน้อย 10-30 %	ได้ผลปานกลาง 40-70 %	ได้ผลมาก 80-100 %
นอน	✓					✓

แสดงว่า ท่านปฏิบัติวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยการนอนเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า และการนอนสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุด (80-100 %)

วิธีการจัดการกับอาการอ่อน ล้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า			
	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ	ไม่ ได้ผล เลย 0 %	ได้ผล เล็กน้อย 10-30 %	ได้ผล ปาน กลาง 40-70 %	ได้ผล มาก 80-100%
1.นอนหลับ						
2.งีบหลับหรือนอนหลับช่วง สั้น ๆ						
3. นิ่งพักผ่อน						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
20. วิธีอื่น ๆ ระบุ.....						

21. ท่านทราบวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--------------------------|
| () บุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | () ตนเอง |
| () สมาชิกภายในครอบครัว | () เพื่อนบ้าน |
| () ใบปลิว / บอร์ดประชาสัมพันธ์ | () เพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน |
| () สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต | () อื่น ๆ ระบุ..... |

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BREF – THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด			✓		

แสดงว่าท่าน พอดีกับสุขภาพของท่านตอนนี้ใน ระดับปานกลาง

ข้อ คำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
						
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ผู้ป่วยรายที่

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

แบบทดสอบความสามารถทางสมองเป็นการทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ป่วยในการเข้าร่วม
ทำวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนน

- (1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)
- (1) วันนี้ วันที่เท่าไร
- (1) เดือนนี้ เดือนอะไร
- (1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)
- (1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
- (1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)

•
•
•
•

6. RECALL (3 คะแนน)

- (1) ดันไม้
- (1) รถยนต์
- (1) มือ

คะแนนรวม

ผู้ตรวจ

ผู้ปวยรายที่

2) แบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า

แบบคัดกรองประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเพื่อคัดกรองผู้ปวยในการเข้าร่วมทำวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย จากการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่ามีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- 1. อ่อนแอ
- 2. ง่วงเหงาหาวนอน
- 3. เชื่องซึม
-
-
-
-
-
-
-
- 11. สมองไม่ปลอดโปร่ง

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพิกัดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดวงรัตน์ มนโธสง

สถานที่วิจัย 1) หอผู้ป่วยโรคไตสง่า นิลวรรณกูร ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช

2) หน่วย ซีเอพีดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3) หน่วย ซีเอพีดี โรงพยาบาลบ้านแพ้วสาขาพร้อมมิตร

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อผู้วิจัยทั้งในและนอกเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-6921972

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษา ประสพการณ์อาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิต ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์อาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พื้นฐาน สำหรับพยาบาลเกี่ยวกับประสพการณ์อาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป และสถิติผู้ป่วยระยะสมบูรณ์ จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 126 คน โดยระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือนเมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการอ่อนล้า แบบประเมินวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า และแบบประเมินคุณภาพรวมทั้งหมด 74 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงอาจจะไม่มี แต่อาจจะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียเวลา หรืออาจเกิดความเครียดจากส่วนใดส่วนหนึ่งของข้อความแบบสอบถามได้ ซึ่งระหว่างตอบแบบสอบถาม หากพบว่ามีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเบื้องต้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำช่วยเหลือพยาบาล และรายงานความผิดปกติดังกล่าวกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ได้มีการติดตามประเมินอาการจนกระทั่งอาการดังกล่าวทุเลา

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง และผู้ร่วมวิจัยไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือนางสาวดวงรัตน์ มนโรตอง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 รพ. ศิริราช เบอร์โทร (02) 419-6405-6 fax (02) 419-640
ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.



หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่

ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอแสดงความเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ประสพการณ์อาการอ่อนล้า กลวิธี
การจัดการกับอาการอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ
วิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิด
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวดวงรัตน์ มนโรตอง ที่เบอร์ 081-6921972
ได้ตลอด 24 ชม.

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะ
สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ใต้ที่สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขยศวรวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร (02) 419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ
การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล
ส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะ
นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัยการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ พยาน

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก ง

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 313/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสบการณ์การมีอาหารอ่อนลำ กลวิธีการจัดการกับอาหาร และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

รหัสโครงการ : 266/2552(BC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวดวงรัตน์ มนไธสง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 29 มิถุนายน 2552

วันหมดอายุ : 28 มิถุนายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรีพร เลิศธรรมเมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

30 มิถุนายน 2552
วันที่

3 กรกฎาคม 2552
วันที่

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การมีอาหารอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

(ภาษาไทย) นางสาวดวงรัตน์ มนโธสง

สถานภาพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 02-2443329-30, 081-6921972

E-mail address: taewdu_9@hotmail.com

ผู้ให้ทุนวิจัย

อยู่ระหว่างการดำเนินการขอทุนวิจัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ จึงได้มีการผลักดันร่วมกันระหว่างส่วนงานหลักประกันสุขภาพ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยและ



เอกสารนี้ได้รับการอนุมัติจาก

คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พย.

เมื่อ 29 พ.ค. 2552

เอกสารตอบกลับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

FW: Symptom Management Model

จาก: **O'Neill, Elfrieda** (elfrieda.oneill@nursing.ucsf.edu)

ส่งเมื่อ: 19 กุมภาพันธ์ 2552 4:58:28

ถึง: taewdu_9@hotmail.com

📎 สิ่งที่น่าสนใจ 2 รายการ



[Model B&W...doc](#) (32.6 กิโลไบต์), [Model Col...doc](#) (34.5 กิโลไบต์)

Dear Duangrat Monthaisong,

We are very pleased to give you permission to use the symptom management model in your thesis. I have attached two versions of the diagram of the model, and feel free to use them or adapt them to your purpose, if you wish.

If you ever decide to publish your thesis in a journal, then you would need additional permission to publish, and that would come from the Journal of Advanced Nursing - see the following (but for the purposes of your thesis, you don't need to ask them):

journalsrights@oxon.blackwellpublishing.com

The citation is:

Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. Journal of Advanced Nursing, 33(5), 668-676.

Please let us know if we can be of further help.

Thank you for your interest in our work, and we wish you the best of luck with your thesis!

Yours sincerely,

Elfrieda O'Neill

For Marilyn Dodd

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวดวงรัตน์ มนไธสง

วัน เดือน ปีเกิด

23 กรกฎาคม 2523

สถานที่เกิด

จังหวัดชัยภูมิ

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2543-2547

พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ที่อยู่ปัจจุบัน

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

131/5 ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล

เขตคูสิต กรุงเทพมหานคร 10300

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

อาจารย์ระดับ 4

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์

กรุงเทพมหานคร

Tel. 0-2241-6500 ต่อ 8210-11

Email: Duangrat@kcn.ac.th

Taewdu_9@hotmail.com