

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัย มหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

..... รุ่งจิรธร พงศ์พิพัฒน์

นางสาวรุ่งจิรธร พงศ์พิพัฒน์

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรีบุญดุษฎี,

D.S.N.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... นพ. อรรถพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ว่องสิริมาศ,

ปร. ค. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... อัจฉรา เสนา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เสนา,

Ph. D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศรินทร์ อุทัยประสิทธิ์,

Ph. D.(Nursing),

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ.2555

รุ่งระวี นาวิเจริญ

อาจารย์ รุ่งระวี นาวิเจริญ,

Ph. D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิวรรณ พงศ์พิพัชร

นางสาววิวรรณ พงศ์พิพัชร

ผู้วิจัย

พงศ์ ปริน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จงจิต เสน่หา,

Ph. D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ดาวกรม,

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ดาวกรม,

Ph. D.(Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พนม ว่องสิริมาศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพพร ว่องสิริมาศ,

ปร. ค. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ธีรยุทธ สุทธิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรีบุญดุษฎ,

D.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พนม นว

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พนม นว

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph. D.(Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุคศุทธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพพร ว่องสิริมาศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้คอยให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ รวมถึงให้กำลังใจเสมอมา รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ นพ. นิพนธ์ พวงวรินทร์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ Karnofsky Performance Scale ฉบับภาษาไทย แปลโดยอานวยพร อาษานอก เพื่อประกอบการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณ ผศ. นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้นางสาวสุภัทรา จันทรคำ นักจิตวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน และสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ความรู้และฝึกการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ขอบพระคุณคลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมาที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกๆด้านแก่ผู้วิจัย และเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิต รหัส 52 ทุกท่านที่ให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่สนับสนุนทั้งทุนทรัพย์ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอบอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

รวิวรรณ พงศ์พิพัฒน์ 5236479 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรวรรณ ศรียุคศุข, D.S.N., จงจิต เสน่หา, Ph. D.(Nursing), นพพร ว่องสิริมาศ, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ Conceptual Model of Health-related Quality of Life และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD=11.67) ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median= 70, M=73.10, SD= 10.89) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 7.54, SD= 1.97) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 93.07, SD= 8.66) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) ($p = .000$) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.390$, $p = .000$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต และคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรค การรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง / คุณภาพชีวิต

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

RAWEEWAN PONGPOOTTIPATCHARA 5236479 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISERS COMMITTEE: AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N., CHONGJIT SANEHA, Ph. D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS, Ph. D. (NURSING)

ABSTRACT

This research was a correlational predictive design to study the factors influencing quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients, i.e. age, gender, glomerular filtration rate, depression, physical function, and general health perceptions. The conceptual model of health-related quality of life and related literature review were used as a conceptual framework for the study. The sample comprised 100 pre-dialysis patients who came to receive services at the Kidney Disease Clinic, Out Patient Department, Suranaree Hospital, Nakhonratchasima Province. The subjects were selected by means of convenience sampling, and data were collected by questionnaires on demographic data, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Karnofsky Performance Scale (KPS), the Four Item Self-Rate Health Scale, WHO Quality of Life - BREF (Thai) and the Thai Mental State Examination (TMSE). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The sample group's average age was 69.37 years old (SD = 11.67), 51% were males, and 18% had developed depression. In terms of physical function, the sample group was at a level where they could not work but were able to stay at home and required help from other people (Median = 70, M=73.10, SD= 10.89). In terms of general health perceptions, the sample group's average score was at a moderate level (M= 7.54, SD = 1.97). As for quality of life, the sample group's average score was at a moderate level (M=93.07, SD = 8.66). According to the results of the multiple regression analysis, all of the independent variables explained 32.3% of the variance in quality of life ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) at a statistical significance ($p = .000$). The only factor found to affect quality of life with statistically significant level was depression ($\beta = -.390$, $p = .000$).

Based on the findings of the study, the researcher recommends that health teams caring for pre-dialysis chronic kidney disease patients should be aware of the importance of evaluating quality of life and screen for depression in order to promote good quality of life. In doing so, this group of patients can adapt to prolonged illness and treatment while maintaining good health.

KEY WORDS: PRE-DIALYSIS / QUALITY OF LIFE

132 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 คำถามการวิจัย	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	7
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย	9
1.7 นิยามตัวแปร	10
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
2.1 โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)	12
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	24
2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	30
2.4 สรุป	37
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	39
3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	40
3.3 แหล่งเก็บข้อมูล	41
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 แบบประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้	45
3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	45
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
3.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	47
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	50
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	53
ส่วนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	54
ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	55
ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	57
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อัตราการครอง ของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	58
ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเพศ อายุ อัตราการครอง ของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	59
บทที่ 5 การอภิปรายผล	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	61
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	63
ส่วนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	65
ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	66
ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	66
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อัตราการครอง ของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	73
6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	75
6.2 ข้อจำกัดของการวิจัย	76
6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	76
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	78
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	80
รายการอ้างอิง	100
ภาคผนวก	110
ประวัติผู้วิจัย	132

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	50
4.2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วย และการรักษา	52
4.3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	54
4.4	จำนวน ร้อยละ ของภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	55
4.5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	56
4.6	จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	56
4.7	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	58
4.8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	58
4.9	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	59
4.10	ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	60

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

9



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย National Kidney Foundation (2002) ได้จำแนกความรุนแรงในการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของไต คือ ระยะที่ 1 ไตยังทำงานปกติ แต่ตรวจพบความผิดปกติของไต เช่น มีโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดปน ระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 เป็นระยะที่ไตเริ่มทำงานลดลงเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง อัตราการกรองของไตจะลดลงเรื่อยๆ จนถึงระยะสุดท้ายคือระยะที่ 5 ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะมีภาวะไตสูญเสียหน้าที่หรือภาวะไตวาย (National Kidney Foundation, 2002) ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และมีการเรียกกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่การทำหน้าที่ของไตลดลง แต่ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Pre-dialysis Patients) (อนุตร จิตตินันท์, 2547)

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ชัดเจน แต่จากการประมาณตัวเลขของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้นประมาณ 100,000 รายต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (คณะอนุกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง, 2547 อ้างในอรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) และยังไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง หากผู้ป่วยปฏิบัติตัว หรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด จากสถิติผู้ป่วยโรคไตวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2549 - 2552 มีจำนวน 125,721 ราย 143,410 ราย 165,113 ราย และ 185,342 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการตายด้วยโรคไตวายในปี พ.ศ. 2547 - 2550 พบว่ามีจำนวน 11,205 ราย 11,246 ราย 11,488 ราย และ 12,195 ราย ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) แม้จะไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ชัดเจน แต่จากอุปนิสัยและความซุกซนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ดีทั้งจาก

ตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยยืดระยะเวลาและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตได้

โรคไตเรื้อรังมีระยะการดำเนินโรคนาน การสูญเสียหน้าที่ของไตมักค่อยเป็นค่อยไปและเมื่อไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้นจนไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นรับรสชาติอาหารลดลง เบื่ออาหาร รู้สึกง่วงซึม สับสน มีความดันโลหิตสูงจากการกระตุ้นการหลั่งสารเรนิน อาจมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง มีภาวะไม่สมดุลของแคลเซียม และฟอสฟอรัสในกระแสเลือด ส่งผลให้มีภาวะกระดูกพรุน ไตสร้างฮอร์โมนในการสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อยลง เกิดภาวะซีดส่งผลให้เหนื่อยง่าย มีอาการบวมตามเท้า ข้อมเท้า และเปลือกตา เนื่องจากไตไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ เมื่อเป็นมากขึ้นจะเกิดการคั่งของน้ำในอวัยวะภายใน เช่น ปอดบวมน้ำ ทำให้หิ้อึด หายใจลำบาก เมื่อการทำงานของไตลดลงจนสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยจะเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายและต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ทวิ ศิริวงศ์, 2548) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งมีแนวทางการรักษา คือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดระดับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ การจำกัดอาหารโปรตีน การลดระดับไขมันในเลือด หลีกเลี่ยงสารหรือยาที่มีพิษต่อไต และการส่งต่อผู้ป่วยให้กับอายุรแพทย์โรคไตในระยะเวลาที่เหมาะสม (ทวิ ศิริวงศ์, 2548; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) นอกจากการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว การดำเนินโรคอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น งดอาหารเค็ม งดอาหารหวาน งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (ทวิ ศิริวงศ์, 2548; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Hurst & Thomas, 2008) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Auer, 2008) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังนั้น ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลนั้น มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1994) ซึ่งมีรายงานการวิจัยว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดโรค และอัตราการ

ตาย (DeOreo, 1997; Mapes et al., 1999) จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมอง หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับแนวความคิดในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตจึงถือเป็นข้อบ่งชี้ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลที่สำคัญ (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Mapes, et al., 1999; Perlman et al., 2005; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007) และจากการศึกษาติดตามความก้าวหน้าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไต เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไป พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไป (Fukuhara et al., 2007)

Ferrans และคณะ (2005) ได้เสนอ Conceptual Model of Health-related Quality of Life โดยกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม ได้แก่ 1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) จำแนกเป็นสิ่งแวดล้อมด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำงานที่ (Functional status) 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการทำงานที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงของระดับเซลล์หรืออวัยวะ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยนั้น มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบจำลองนี้ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)

จากการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองที่ต่ำจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ทางกาย (จิราภรณ์ ชวงศ์, 2545) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Fukuhara และคณะ (2007) ที่ศึกษาความก้าวหน้าของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศญี่ปุ่น พบว่าระดับคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง และระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้มข้นในเลือด มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ด้านกำลังวังชา (Vitality) และระดับครีเอตินินในเลือดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต McClellan และคณะ (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการกรองของไต (GFR) และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การลดลงของระดับอัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลง ส่วน Perlman และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าระดับความเข้มข้นในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับอัตราการกรองของไต (GFR) กับระดับคุณภาพชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอิทธิพลของระดับอัตราการกรองของไตต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาพบทั้งมีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และเป็นปัจจัยที่ยังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังย่อมส่งผลให้เกิดอาการของการเจ็บป่วย เช่น อาการอ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย (Physical) และด้านอารมณ์ (Emotional) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ชายที่ได้รับการฟอกเลือดในผู้ป่วยจำนวน 47 รายของ Garcai และคณะ (2010) ได้ใช้แบบประเมินของ Hamilton Rating Scale for Depression ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ระดับคะแนน 7 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.1 มีความซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต Park และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในประเทศเกาหลีจำนวน 160 รายในประเทศเกาหลี โดยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งค่าคะแนนของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 0 – 63 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนน 10 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 31.9 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รายได้น้อย มีระดับความเข้มข้นในเลือดต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งสองการศึกษาข้างต้นแตกต่างกัน

ค่อนข้างมากทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้เครื่องมือในประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน Sayin และคณะ (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด การล้างไตทางหน้าท้อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไตในประเทศตุรกี ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือด และกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต Schilder และคณะ (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เป็นที่น่าสนใจว่ามักพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลง (McClellan et al., 2010) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) ของผู้ป่วยซึ่งเป็นระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย แม้ว่าปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ทางกายเป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตตาม Conceptual Model of Health-related Quality of Life ของ Ferrans และคณะ (2005) อย่างไรก็ดีจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังรายละเอียดข้างต้น จึงพบว่าปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกายก็ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ดี มีการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืดหอบของ Syk และคณะ (2012) ที่ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดหอบ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเช่นเดียวกัน ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิต (นัยนาพัฒน์วนิชชา, 2535) จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยเฉพาะบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (คัทเลีย อุดติ, 2540) สอดคล้องกับผลการศึกษากualitasชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547) Park และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษากualitasชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดประเทศเกาหลี ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษากualitasชีวิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิต (เพ็ญดา จุลบาท, 2551) จากการทบทวนปัจจัยเฉพาะบุคคลพบว่าเพศ อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่มีข้อขัดแย้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงไม่นำปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาศึกษาในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต การดำเนินโรคก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านสังคม ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนยังมีผู้ให้ความสนใจค่อนข้างน้อย จึงนำไปสู่ความสนใจศึกษากualitasชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาพที่ดี

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร
- 2) เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

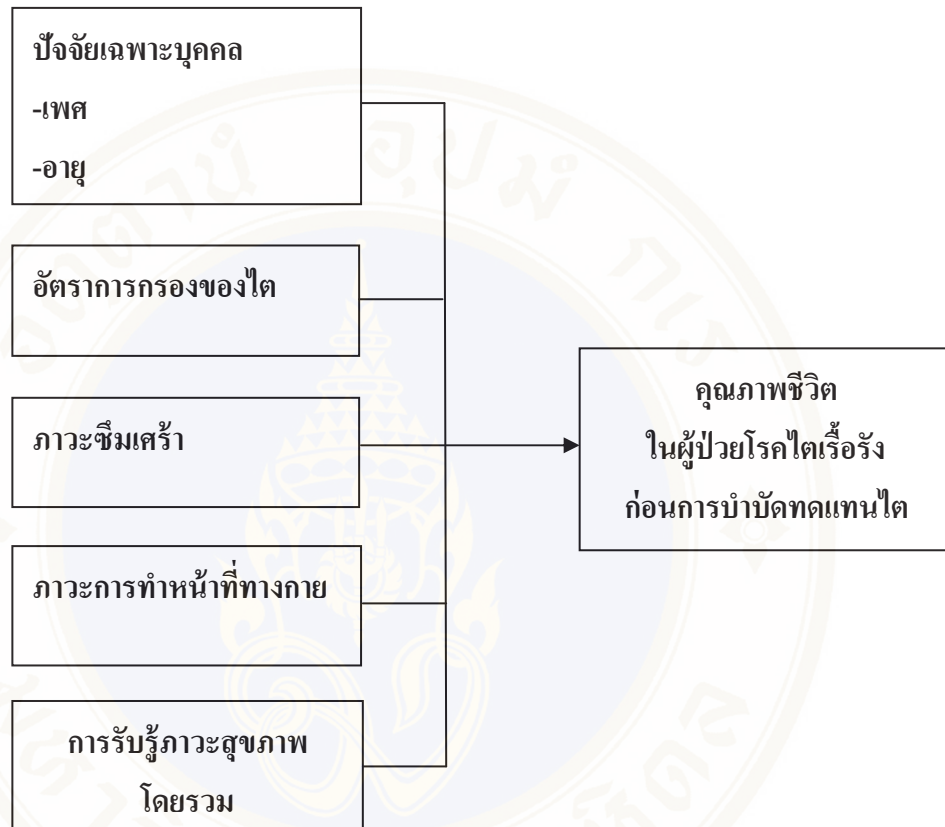
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ Conceptual Model of Health-related Quality of Life ซึ่งพัฒนามาจาก Wilson and Cleary model for health-related quality of life (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดย Ferrans และคณะ (2005) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในรูปแบบจำลอง ได้แก่ 1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเชื้อชาติ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the environment) จำแนกเป็นสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมดสามารถประเมินได้จากผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยทางการแพทย์ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย (Physical) ด้านอารมณ์ (Emotional) หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล (Cognitive stage) 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษา ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย หรือความสามารถสูงสุดในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล (Physical function) 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเกตความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) คือ ความรู้สึกผาสุก (Well-being) เกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบจำลองนี้ (Ferrans, et al., 2005) โดย Ferrans และคณะ (2005) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในรูปแบบจำลองนี้ว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา มีผลต่อคุณภาพชีวิตผ่านปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมตามลำดับ

อย่างไรก็ดีจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละปัจจัยของ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ปรากฏอยู่ระหว่างตัวแปรดังกล่าว เช่น ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ จิราภรณ์ ชวงศ์ (2545) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงตามระยะเวลาการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองของไตที่ต่ำจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ทางกาย และจากผลการศึกษาของ Fukuhara และคณะ (2007) พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น และระดับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง และมีผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Garcia et al., 2010; Park et al., 2010; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007; Schilder, Peterson, & Kimmel, 1998) นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลงด้วย (McClellan, et al., 2010) แต่เนื่องจากผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านภาวะสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตจึงไม่ได้นำปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่ได้เสนออยู่ในรูปแบบจำลองของ Ferrans และคณะ (2005) ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำ

หน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม โดยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ หรืออิทธิพลโดยตรงของปัจจัยเหล่านี้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการทำงานของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554

1.7 นิยามตัวแปร

เพศ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง หรือเพศชาย

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิด จนถึงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต มีหน่วยเป็นปี ในกรณีที่อายุมีเศษเป็นเดือนเกิน 6 เดือนให้ปัดเศษเป็น 1 ปี

อัตราการกรองของไต (GFR) หมายถึง ความสามารถในการทำงานของไตมีหน่วยเป็น มล./นาท./1.73 ตร.ม.ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้มาจากการใช้ MDRD calculator คำนวณโดยใช้สูตรของ Modification of Diet in Renal Disease-isotopic dilution mass spectrophotometry (MDRD-IDMS) โดยใช้ระดับซีรัมครีเอตินิน เพศ อายุ และเชื้อชาติ ซึ่งต้องมีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 มล./นาท./1.73 ตร.ม.

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ความผิดปกติของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และพฤติกรรม คือ มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง จิตใจหม่นหมอง มองโลกในแง่ลบ และรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไร้ค่า ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies (Radloff, 1977) ฉบับภาษาไทย แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540)

ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตแต่ละบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Karnofsky Performance Scale (KPS) พัฒนาโดย Karnofsky และคณะ (1948) ฉบับภาษาไทย แปลโดยอำนาจพร อาษานอก (2549)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perception) หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตโดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมดของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของ 4 – item Self-Rate Health Scale พัฒนาโดย Lawton และคณะ (1982) ฉบับภาษาไทย แปลโดย อรวรรณ ศรียุกตศุทธ (2545)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อสถานะชีวิตของตนเอง ตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพ

ชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) แปลโดยสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540)

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2) เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 3) เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต รวมถึงการจัดโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ในงานวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาหัวข้อหลักดังต่อไปนี้

- โรคไตเรื้อรัง
- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- สรุป

2.1 โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

2.1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

National Kidney Foundation (NKF) ของสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้ใช้คำว่า โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) แทนคำว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure) ซึ่งใช้กันมานาน ทำให้สามารถอธิบายและเข้าใจได้ดีขึ้น และครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสื่อมหน้าที่ของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยที่ผู้ป่วยยังมีการทำงานของไตปกติอยู่ ซึ่งสามารถสื่อความหมายให้กับผู้ป่วย และประชาชนได้ดีกว่า (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

National Kidney Foundation (2002) ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคไตเรื้อรัง คือ ความผิดปกติของการทำงาน หรือโครงสร้างของไตซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- 1) ไตผิดปกติของพยาธิวิทยาของไต หรือมีตัวบ่งชี้ว่ามีความเสียหายมานานกว่า 3 เดือน ซึ่งอาจพบความผิดปกติโดยการตรวจเลือด ปัสสาวะ และการตรวจทางรังสีวินิจฉัย โดยอาจมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate, GFR) ลดลงหรือไม่ก็ได้

2) อัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร นานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้

2.1.2 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดจากการถูกทำลายของเนื้อไต จนก่อให้เกิดโรค อาจเกิดได้ทั้งจากตัวโรคเรื้อรัง หรือความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ (ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; Redmond & McClelland, 2006)

1) Systematic disease เช่น โรค SLE และหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ซึ่งสาเหตุที่ไตถูกทำลายมักเกิดจากการควบคุมความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงไม่ได้ และบางครั้งความดันโลหิตยังเป็นตัวบ่งชี้ในการประเมินการทำลายของไตในเบื้องต้น

2) Autoimmune disease เช่น glomerulonephritis เป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดฝอยของไต และหน่วยไต ที่ได้รับบาดเจ็บจากภูมิคุ้มกันของร่างกายตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน

3) มีการอุดตันทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในทางเดินปัสสาวะ เนื้องอก ต่อมลูกหมากโต ส่งผลให้ท่อการไหลเวียนของปัสสาวะทำให้ความดันย้อนกลับไปที่ไต เกิดไตบวมน้ำ (hydronephrosis) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไตถูกทำลาย และสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน

4) โรคทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น Polycystic Kidney Disease

2.1.3 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตาม Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) เพื่อความสะดวกในการพิจารณาความเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง NKF ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการดำเนินโรคออกเป็น 5 ระดับ (National Kidney Foundation, 2002) ดังนี้

ระยะที่ 1 มีข้อบ่งชี้การทำลายของไต เช่น ตรวจพบโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะนานอย่างน้อย 3 เดือน โดยมีการทำหน้าที่ของไตปกติหรือเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 มีข้อบ่งชี้การทำงานของไตลดลง เช่น ตรวจพบโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดง ในปัสสาวะ และการทำหน้าที่ของไตลดลง โดยมีอัตราการกรองของไตระหว่าง 60-89 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3 การทำหน้าที่ของไตลดลงปานกลาง โดยมีอัตราการกรองของไตระหว่าง 30-59 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 4 การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างรุนแรง โดยมีอัตราการกรองของไตระหว่าง 15-29 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 5 ไตวาย หรือไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Pre-dialysis patient) หมายถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนถึงระยะรุนแรง แต่ยังรักษาด้วยการชะลอความเสื่อมของไต ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (อนุตตร จิตตินันท์, 2547) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และมีระดับอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ตามคำจำกัดความของ Nation Kidney Foundation (2002) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ค่อนข้างชัดเจน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางกับอายุรแพทย์โรคไต

2.1.4 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน เน้นการตรวจคัดกรองให้ได้รับการดูแลให้เร็วที่สุด ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไตที่จะเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้นต้องให้การดูแลรักษาให้เหมาะสม และต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนไตวาย หรือระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต จนถึงระยะไตวาย (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Hurst & Thomas, 2008) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 ประการ คือ การตรวจคัดกรองและส่งต่อ การชะลอความเสื่อมของไต การประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูรีเมีย การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Murphy, Jenkins, McCann, & Sedgewick, 2008)

2.1.4.1 การตรวจการคัดกรองและส่งต่อ

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยให้สามารถดูแลรักษา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไต รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม วิธีการตรวจคัดกรองควรเริ่มตั้งแต่การเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการตรวจร่างกายเพื่อหาดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต การตรวจคัดกรองที่มีประโยชน์และง่าย คือการตรวจหาโปรตีน และเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะโดยการใช้แผ่นจุ่มปัสสาวะมาตรฐาน ดังนั้นจึงควรมีการตรวจปัสสาวะในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่สงสัยว่าการทำงานของไตบกพร่อง เช่น มีอาการบวม มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคไต มีโรคระบบทางเดินปัสสาวะ และควรมีการตรวจปัสสาวะเพื่อติดตามอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) นอกจากการตรวจปัสสาวะแล้ว การวัดอัตราการกรองของไต (GFR) เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดค่าการทำงานของไต การวัดการกำจัดของสารที่ฉาบบด้วยรังสี (Isotope labeled) ช่วยให้สามารถวัดอัตราการกรองของไตได้ดีที่สุดแต่ไม่เป็นนิยมนในทางคลินิก และอีกวิธี คือ การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเพื่อตรวจวัดค่าอัตราการกรองของไตในรูปของ creatinine clearance แต่มีความยากลำบากในการเก็บ และอาจมีปัญหาในการเก็บปัสสาวะไม่ครบ ปัจจุบันจึงมีใช้สูตรในการคำนวณค่าอัตราการกรองของไตคือ สูตรของ Cockcroft- Gault ซึ่งคำนวณค่า creatinine clearance จาก serum creatinine อายุ น้ำหนักและเพศ แม้ว่าสูตรดังกล่าวจะมีการใช้อย่างแพร่หลาย แต่มีข้อเสียคือผลยังไม่ค่อยแม่นยำตรงเท่าที่ควร ต่อมาจึงมีการศึกษาของ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) ได้สร้างสูตรการคำนวณอัตราการกรองของไตโดยใช้ อายุ เพศ เชื้อชาติ ค่าครีเอตินินในกระแสเลือดมาเป็นตัวแปรซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (อนุตตร จิตตินันท์, 2547) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณอัตราการกรองไตจากสูตร MDRD คือ $\text{Estimated GFR (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{Scr})^{-1.154} \times (\text{อายุ})^{-0.203} \times (0.72 \text{ ในผู้หญิง})$ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว สิ่งต่อไปคือควรส่งผู้ป่วยพบแพทย์และทีมงานการดูแลเฉพาะทางด้านโรคไต มีการศึกษาว่าการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตช้า มีผลทำให้มีการควบคุมโรคแทรกซ้อนได้ไม่ดี อัตราการนอนโรงพยาบาลนาน และมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ส่งมาพบแพทย์โดยเร็ว (Stack, 2003) ดังนั้นควรส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตเพื่อประเมินการดำเนินโรคและให้การรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตรหรืออาจเร็วกว่านี้หากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว คือ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30-59 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตรร่วมกับมีการเสื่อมหน้าที่ของไตมากกว่า 7 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หรือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถควบคุมความดัน

โลหิตได้ตามเป้าหมาย แต่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากกว่า 1,000 มก./วัน หรือ spot urine protein / creatinine ratio มากกว่า 1,000 mg/g creatinine (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

2.1.4.2 การชะลอความเสื่อมของไต

การชะลอความเสื่อมของไตเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งมีหลายปัจจัยที่อาจช่วยชะลอความเสื่อมของไต ได้แก่

1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งมีความสำคัญมากในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกราย เช่น การลดน้ำหนักในผู้ป่วยน้ำหนักเกิน การปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหาร کمน้อย โปรตีนต่ำ หดเค็มเหล้า สูบบุหรี่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Heiwe & Jacobson, 2011; Hogan et al., 2007; Murphy, et al., 2008; Sacks et al., 2001)

2) การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรได้รับยาลดความดันในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE-I) หรือ กลุ่ม angiotensin receptor blockers (ARB) เพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่โปรตีนรั่วในปัสสาวะ ร่วมกับการควบคุมอาหารเค็ม โดยควรควบคุมให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท (Levin et al., 2008; Remuzzi, Ruggenti, & Perico, 2002)

3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าให้ต่ำกว่า 130 มก./ดล. และระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท และผู้ป่วยเบาหวานที่มี microalbuminuria หรือ overt proteinuria ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ ควรได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม ACE-I หรือ ARB (Levin et al., 2008; Remuzzi, Ruggenti, & Perico, 2002)

4) การลดการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ การที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ควรได้รับยา กลุ่ม ACE-I หรือ ARB เพื่อลดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Brenner et al., 2001; Lewis et al, 2001; Levin et al., 2008).

5) การจำกัดอาหารโปรตีน การจำกัดอาหารโปรตีนให้เหลือ 0.8 กรัม/กก./วัน สามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไต และยังช่วยลดผลแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไตวายได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ความผิดปกติของแคลเซียมและฟอสเฟต ลดภาวะยูริเมีย และลดระดับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ แม้ว่าจะจำกัดโปรตีน ร่วมกับการใช้ยาในกลุ่ม ACE-I หรือ

ARB แล้วยังมีการเสื่อมหน้าที่ของไตอย่างรวดเร็ว อาจให้ผู้ป่วยจำกัดอาหารโปรตีนลดลงเหลือ 0.6 กรัม/กก./วัน นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปริมาณของโปรตีนที่ได้รับจริงจากนักโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะขาดโปรตีน (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Levin et al., 2008)

6) การลดระดับไขมันในเลือด ถึงแม้ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าการลดระดับไขมันในเลือดสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไต แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องได้รับการลดระดับไขมันในเลือดให้ระดับ LDL-c ต่ำกว่า 100 มก./ดล. (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Levin et al., 2008)

7) หลีกเลี่ยงสารหรือยาที่เป็นผลเสียต่อไต ได้แก่ ยาในกลุ่ม NSAIDs, aminoglycosides, radiocontrast media และยาสมุนไพรที่มี aristolochic acid เป็นส่วนประกอบ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ได้แก่ ยาสมุนไพรที่ระบุส่วนประกอบของพืชในวงศ์ Aristolochia ในประเทศไทยจะรู้จักในชื่อพืชวงศ์ไก่ฟ้า หรือกระเช้าสีดา (ก่องกานดา ชยามฤต, 2548)

8) การแก้ไขปัจจัยอื่นๆ เช่น การรักษาสมดุลสารน้ำในร่างกาย และแก้ไขภาวะเลือดกรด (metabolic acidosis) การแก้ไขภาวะชดด้วยการใช้อิริโทพอยติน (Erythropoietin) รักษาผลคูณของแคลเซียม และฟอสฟอรัสให้ต่ำกว่า $55 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ และระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนให้อยู่ในระดับ 2-3 เท่าของค่าปกติ (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

2.1.4.3 การประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูรีเมีย

เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ นอกจากการขับของเสียออกจากร่างกายลดลงแล้ว ยังมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไต ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับการประเมิน และให้การรักษาย่างถูกต้อง ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นควรได้รับการแก้ไขภาวะโลหิตจางตั้งแต่วัยก่อนบำบัดทดแทนไต เนื่องจากมีการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะชดมีผลโดยตรงต่อมวลของหัวใจด้านซ้าย (left ventricular mass) และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต การให้ยาอิริโทพอยติน (erythropoietin) สามารถช่วยลดการเกิดหัวใจด้านซ้ายโต และลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ชนันดา ตระการวนิช, 2551; อนุตตร จิตตินันท์, 2547; Iseki & Kohagura, 2007) Renal osteodystrophy เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การป้องกันตั้งแต่วัยก่อนไตวาย หรือระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยการให้ active vitamin D เพื่อควบคุมสมดุลระดับฟอสเฟต แคลเซียม และพาราไทรอยด์ฮอร์โมนในกระแสเลือด ภาวะเลือดเป็นกรดเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุน และภาวะขาดโปรตีน ดังนั้นจึงควรแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดให้อยู่ในภาวะปกติโดยการให้อาหารโปรตีนต่ำ และการให้รับยาโซเดียมไบคาร์บอเนต (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; Alpert & Sakhaee, 1997;

Franch & Mitch, 1998) ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำเป็นอีกปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาของ Klarhr และคณะ (1994) พบว่าระดับอัตราการกรองของไตมีความสัมพันธ์กับการได้รับโปรตีน และการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมโปรตีนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการโภชนาการที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องของการจำกัดอาหารโปรตีนเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และรักษาภาวะยูรีเมีย และการป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการรวมทั้งติดตามประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (อนุตร จิตตินันท์, 2547)

2.1.4.4 การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Go et al., 2004; Sarnak, Levey, & Schoolwerth, 2003) นอกจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมือนกับประชากรทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่พบเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ ความผิดปกติของระดับแคลเซียม และฟอสฟอรัสในเลือด ภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนที่สูงขึ้น การมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และ มีโปรตีนในเลือดต่ำ มีภาวะโลหิตจาง มีการคั่งของสารน้ำและเกลือแร่ การเพิ่มขึ้นของ thrombogenic factor และ homocystein ดังนั้นการลดปัจจัยเสี่ยงโดยการติดตามประเมิน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่นการควบคุมอาหารเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุราจึงเป็นสิ่งสำคัญ (อนุตร จิตตินันท์, 2550)

2.1.4.5 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT)

เมื่อการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังลุกลามมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะที่ 5 หรือไตวายระยะสุดท้าย จะเกิดอาการต่างๆที่เป็นผลมาจากการคั่งของของเสียในกระแสเลือด และมีความผิดปกติของสมดุลน้ำและเกลือแร่ การรักษาด้วยยาอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย ซึ่งแพทย์และพยาบาลควรมีการเตรียมผู้ป่วยในการเข้ารับบำบัดทดแทนไตตั้งแต่นั้นๆ โดยเริ่มให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 4 (อัตราการกรองของไต เท่ากับ 15-29 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร) โดยอธิบายถึงเหตุผลหรือความจำเป็นในการรับการบำบัดทดแทนไตชนิดของการบำบัดทดแทนไต ข้อดีข้อเสียของการบำบัดทดแทนไตชนิดต่างๆเช่นประโยชน์ที่ได้รับ คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างไร การดูแลรักษาที่เปลี่ยนไปเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการบำบัดทดแทนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นตอน

และการเตรียมตัวล่วงหน้าสำหรับการบำบัดทดแทนไต เช่น การเตรียมเส้นเลือด ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละวิธี และเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาคิดไตร่ตรอง และมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในเวลาที่เหมาะสม (บุญธรรม จิระนันท์, 2553; สมเกียรติ วสุวิญญกุล, 2552; อนุตร จิตตินันท์, 2547; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Levin et al., 2008)

ชนิดของการบำบัดทดแทนไตประกอบด้วย

1) การผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation: KT) เป็นการรักษาโดยการเปลี่ยนไตหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาค (Donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับไต (Recipient) ซึ่งทั้งผู้บริจาคและผู้รับต้องทดสอบความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ และหลังจากการเปลี่ยนไตแล้วได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันปฏิเสธเนื้อเยื่อ ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากสามารถทำหน้าที่ของไตได้ทุกอย่าง (บุญธรรม จิระนันท์, 2553; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550)

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) เป็นการนำเลือดผู้ป่วยที่มีของเสียคั่ง น้ำ และเกลือแร่ผิดปกติ นำเข้าสู่ตัวกรองไตเทียม (dialyzer) ผ่านกระบวนการกรองโดยอาศัยหลักการการแพร่ (diffusion) และการนำ (convection) เพื่อกำจัดของเสียส่วนเกิน ปรับสมดุลของเกลือแร่ของเลือด แล้วนำกลับเข้าสู่ร่างกายด้วยเครื่องไตเทียมนานครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (บุญธรรม จิระนันท์, 2553; Challinor, 2008)

3) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis: PD) เป็นการล้างไตโดยอาศัยหลักการแพร่ (Diffusion) และออสโมซิส (Osmosis) โดยการใส่น้ำยา dialysis เข้าไปในช่องท้อง (Peritoneal cavity) เป็นระยะเวลาหนึ่งตามที่กำหนด เพื่อให้ของเสีย และน้ำส่วนเกินในเลือดเข้ามาอยู่ในน้ำยาที่เข้าไป (บุญธรรม จิระนันท์, 2553; Wild, 2008)

2.1.5 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง

2.1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เมื่อไตมีการทำหน้าที่บกพร่อง จะส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เรียกว่า Uremic syndrome เกิดจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ทำให้การขับของเสียของออกจากร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมสมดุลสารน้ำ และเกลือแร่ เกิดของเสียคั่งในร่างกาย และภาวะไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ รวมถึงสูญเสียการทำหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว นั้นอาจส่งผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อระบบต่างๆในร่างกาย (ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; พัทธมภ์ คุ่มทวีพร, 2552) ซึ่งมีอาการและอาการแสดงดังนี้

1) อาการซีด (anemia) อาจเกิดจากหลายสาเหตุ คือ ใดลดการสร้างฮอร์โมน อิริโทพอยติน (Erythropoietin) ทำให้การกระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง (Hyperparathyroidism) และภาวะ albumin intoxication จะทำให้ไขกระดูกลดการตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนอิริโทพอยติน (Erythropoietin) หรือเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง จากการคั่งของสารพิษในร่างกายจากภาวะยูรีเมีย (Uremia) บางครั้งอาจพบการแตกของเม็ดเลือดแดงคราวละมากๆเนื่องจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มเม็ดเลือด มีภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดลดลง หรือคุณสมบัติของเกร็ดเลือดผิดปกติ มีโปรทอมบิน (Prothombin) ลดลง มีปัจจัยที่ 3 ของเกร็ดเลือด (Platelet factor III) ลดลง ซึ่งอาจพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพบความผิดปกติหลายอย่างพร้อมกัน ทำให้หลอดเลือดเปราะ เลือดออกง่าย หรืออาจเกิดจากขาดอาหาร โปรตีน และแร่ธาตุที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด

2) ผิวหนัง มีสีผิวคล้ำดำเนื่องจากการสะสมของ Urochrome pigment ในไขมันใต้ผิวหนัง บาดแผลหายช้า มีจ้ำเลือด เนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ เลือดจึงออกง่าย แต่หายยาก ผิวหนังแห้ง แตกเนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังทำงานลดลง มีอาการคันตามผิวหนังเนื่องพิษของภาวะยูรีเมีย (Uremic toxins) และจากกระบวนการ calcium-phosphate precipitation กระตุ้นให้มีการหลั่งฮิสตามีน (histamine)

3) อาการทางระบบทางเดินหายใจ มีอาการหายใจลึกและเร็ว (Kussmal breathing) เพื่อลดปริมาณไฮโดรเจนในเลือดจากภาวะกรดในร่างกาย หรือมีอาการหายใจลำบาก มีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonitis) น้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน หรือจากหัวใจล้มเหลว หรืออาจพบภาวะPulmonary fibrosis ได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางไต และปอดร่วมกัน เช่น Goodpasture's syndrome เป็นต้น

4) อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการกระตุ้นการทำงานของระบบ Renin- angiotensin-aldosterone system (RAAS) ทำให้มีการคั่งของน้ำและโซเดียมในหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เกิดความดันโลหิตสูง และหัวใจทำงานล้มเหลวในที่สุด มีเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic pericarditis) ระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงทำให้มีการสะสมของแคลเซียมในหลอดเลือดฝอย การนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลง ทำให้เซลล์ปลายมือปลายเท้าตาย (Calciphylaxia) หลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

5) อาการทางระบบกระดูก การที่มีแคลเซียมถูกสลายจากกระดูกเข้าสู่กระแสเลือด เพื่อทดแทนระดับแคลเซียมที่ลดลง เนื่องจากไคฟลิค 1,25 dihydroxycholecalciferol ที่จำเป็นต่อการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ไม่เพียงพอ การสะสมของอลูมินัม (aluminum) ในกระดูก

ลดลง มีการสะสมของเหล็กในกระดูกร่วมกับการเพิ่มระดับฟอสเฟตในเลือดจึงเพิ่มการหลั่งพาราไทรอยด์ฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด เพิ่มการสลายแคลเซียมจากกระดูก ทำให้เกิดภาวะกระดูกฝ่อ (Osteodystrophy) หรือกระดูกพรุน (Osteoporosis) ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตของกระดูกช้า ในผู้ใหญ่มักพบภาวะกระดูกเปราะ หักง่าย และปวดกระดูกและข้อ และมีการอักเสบบริเวณรอบข้อ

6) อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อยมักเริ่มจากอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน และทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดตามมา ซึ่งอาจเกิดจากการเพิ่มสารยูเรียในน้ำลาย และความไม่สะอาดของปากและฟัน แบคทีเรียในช่องปาก และเอนไซม์ในน้ำลายเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนีย จึงหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย (Uremic fetor) ทำให้รู้สึกขมในปาก และพบอาการระคายเคืองซึ่งเกิดจากยูเรียกระตุ้นการทำงานของกระบังลมพบ หรือจากการอุดตันของท่อน้ำลายจาก ภาวะยูเรีย และเยื่อช่องปากแห้ง ร่วมกับมีแผลแดงจัดขนาดเล็กกระจายอยู่ทั่วไป (Uremic stomatitis) เป็นลักษณะแผลอักเสบ กระจายอยู่ในช่องปากและตลอดทางเดินอาหาร เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น อาจเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ เมื่อมีอาการการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร่วมด้วย เชื่อว่าเกิดจากแบคทีเรียเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนีย ทำให้ mucosal barrier เสียไปพร้อมกับเกิดจากภาวะเนื้อเยื่อบวม (mucosal edema) ในกรณีที่มีภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia)

7) อาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกลดลง จนถึงสับสน วุ่นวาย มีประสาทหลอน ระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้เปลี่ยนไป เนื่องจากยูเรียรบกวนการทำงานของระบบประสาท (Uremic encephalopathy) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญน้ำตาล และการเพิ่มปริมาณของแคลเซียมในสมอง และร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่ผิดปกติไป อาจพบอาการนอนไม่หลับ อึดอัด กล้ามเนื้อแขนขากระตุก หรืออ่อนแรง Deep tendon reflex ถูกกระตุ้นง่าย ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความไม่สมดุลกรดด่าง และอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียม แคลเซียม และฟอสฟอรัส มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง สมองส่วนต่างๆทำงานผิดปกติ มีอาการไม่มีสมาธิในการทำงาน เหนื่อยชา พุดช้า หลงลืมง่าย และมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายขา รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ หรือเป็นตะคริว ขาปลายมือ ปลายเท้า (restless leg syndrome) การรับรู้ความรู้สึกส่วนปลายลดลง ถ้าเป็นมากอาจมีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย

8) อาการทางระบบต่อมไร้ท่อ มีการกระตุ้นการทำงานของพาราไทรอยด์ฮอร์โมน เกิดภาวะ secondary hyperparathyroidism เพื่อเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือด เนื่องจากการคั่งของฟอสเฟตในเลือด กระตุ้นให้เกิดกระบวนการ calcium phosphate precipitation

ในเนื้อเยื่อต่างๆ และการทำงานของ 1- α hydroxylase ที่ใช้ในการสร้าง calcitriol ลดลง ร่วมกับไตมีความสามารถในการสร้าง active form ของวิตามินดีลดลง หรือมีการตอบสนองต่อวิตามินดีลดลง ทำให้แคลเซียมในเลือดลดลง มีภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) เกิดจากของภาวะยูเรเมีย เป็นพิษ (Uremic toxin) ทำให้เนื้อเยื่อส่วนปลาย (Peripheral tissue) ใช้อินซูลินลดลง ร่วมกับการเพิ่มของ growth hormone และกลูคากอน (Glucagon) มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เกิดจากการทำงานของ lipolytic enzyme activities ต่างๆลดลง ส่วนประกอบของไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ผิดปกติ ความผิดปกติของ receptor ต่างๆ ภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้มีฮอร์โมนกลูคากอนในเลือดสูง ทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ระดับ VLDL และ LDL ในเลือดสูง แต่ระดับ HDL ลดลง

9) อาการทางระบบสืบพันธุ์ ผู้ชายอาจเกิดเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะชืด หรือความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งความผิดปกติของปลายประสาทในการควบคุมอวัยวะเพศชาย ในขณะที่ผู้หญิงอาจมีอาการปวดท้องประจำเดือน (Dysmenorrhea) ขาดประจำเดือน (Amenorrhea) และเป็นหมัน เนื่องจากระดับเทสโทสเตอโรน (Testosterone) และเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลง

10) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ติดเชื้อง่าย ซึ่งอาจเกิดจากภาวะขาดสารอาหาร ร่วมกับการกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น ลดความแม่นยำของนิวโทรฟิลส์ไปยังสิ่งแปลกปลอม ยับยั้งการแบ่งตัวของ บี-ลิมโฟไซต์ และระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมน (Parathyroid hormone) ที่สูงขึ้นเป็นเวลานานทำให้กีดการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย

11) อาการผิดปกติของสมดุลสารน้ำ และเกลือแร่ ต่างๆ ได้แก่

- ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) เกิดจากความสามารถในการจับน้ำของไตลดลง ร่างกายได้รับน้ำมากเกินไป อาจเกิดภาวะสมองบวมได้ ซึ่งมีความสำคัญคือ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ตั้งแต่อาการซึมลงจนถึงขั้นหมดสติ หรืออาจมีอาการชักเป็นต้น

- ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) เกิดจากการขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะลดลง การทำงานของเอนไซม์ $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATPase}$ ลดลง การตอบสนองของเซลล์ต่อ catecholamine และอินซูลินลดลง ทำให้การกระจายตัวของโพแทสเซียมผิดปกติ มีการเคลื่อนย้ายโพแทสเซียมจากพลาสมาเข้าเซลล์ลดลง ร่วมกับการรับประทานยาที่มีโพแทสเซียมสูง หรือการใช้ยาบางชนิด เช่น ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ทำให้ aldosterone ซึ่งมีหน้าที่ช่วยขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะ ลดลง หรือยากลุ่ม beta-blocker ซึ่งยับยั้งโพแทสเซียมเข้าเซลล์ และการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) จะทำให้โพแทสเซียมเคลื่อนออกนอก

เซลล์ ซึ่งอาการที่สำคัญของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชีพจรเต้นช้าลง ถ้ารุนแรงอาจเสียชีวิตได้

- ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ซึ่งเกิดจากการขับฟอสเฟตออกทางปัสสาวะลดลง ร่วมกับร่างกายมีภาวะเป็นกรด (Metabolic acidosis) เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

- ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) เกิดจากภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการ calcium phosphate precipitation ในเนื้อเยื่อต่างๆ และการทำงานของ 1- α hydroxylase ที่ใช้ในการสร้าง calcitriol ลดลง ร่วมกับไต มีความสามารถในการสร้าง active form ของวิตามินดีลดลง หรือมีการตอบสนองต่อวิตามินดีลดลงทำให้แคลเซียมในเลือดลดลง มีอาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการชา อาการเกร็ง (Tetany) ชัก ความดันโลหิตต่ำ อาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

- ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง (Hypermagnesemia) เมื่ออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที แมกนีเซียมจะถูกขับออกทางปัสสาวะลดลง หากได้รับยาที่มีส่วนผสมของแมกนีเซียมจะพบภาวะนี้ได้บ่อยขึ้น มีอาการแสดงที่สำคัญ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ และอาการจะมากขึ้นหากมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

2.1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องใช้ชีวิตอยู่กับการดำเนินโรคที่ยาวนาน และมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจำกัดการรับประทานอาหาร ภาวะลักษณะและสัมพันธภาพทางเพศที่เปลี่ยนแปลง การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบแพทย์ สุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง และในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ยังส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551; Auer, 2008)

2.1.5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ถึงแม้ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตอย่างชัดเจน แต่ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น หากต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตจากการประมาณการค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วยที่

ล้างไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง คิดเป็นเงินประมาณ 12,000 – 25,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องมีค่าใช้จ่ายประมาณ 15,000 – 25,000 บาทต่อเดือน ซึ่งยังไม่รวมค่ายาอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนไตมีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด 150,000 – 250,000 บาท หลังจากนั้นมียาควบคุมภูมิคุ้มกันประมาณ 20,000 บาทต่อเดือนในช่วง 3 - 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด และประมาณ 15,000 บาทต่อเดือนในช่วง 6-12 เดือนหลังผ่าตัด และหลังจาก 1 ปีมีค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันประมาณเดือนละ 10,000 บาท (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว และที่ทำงาน กรณีผู้ป่วยต้องขาดงานในกรณีที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาหรือมาพบแพทย์ (Auer, 2008)

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว แผนการรักษา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผลกระทบด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ หรือความผาสุกในชีวิต หรือที่เรียกว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านี้ลดลง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน มีหลากหลายมิติ เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั้งในช่วงเวลาปกติ และในช่วงเวลาเจ็บป่วย และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาคุณภาพประชากร คำนิยามคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความ ที่แน่นอนตายตัว อย่างไรก็ตามในทางการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาคุณภาพชีวิตอันเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษา หรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) แต่เพื่อความกระชับ และเข้าใจง่ายในการศึกษาครั้งนี้จะใช้เพียงคำว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่งมีความแตกต่างกันตามศาสตร์สาขาของนักวิชาการที่ทำการศึกษาดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำจำนวน 2 คำ คือ คุณภาพ ซึ่งหมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคำว่า คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Zhan (1992) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจของชีวิตตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ

Cella (1994) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจของบุคคลต่อระดับการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ โดยเป็นการประเมินของบุคคลเปรียบเทียบกับระดับความสามารถที่ตนคาดหวัง ซึ่งแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไปตามความเชื่อของบุคคลนั้นๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้คำจำกัดความ คุณภาพชีวิต ไว้ว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะของตนเองตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลนั้น

Wilson และ Cleary (1995) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุก (Well-being) หรือ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นอัตวิสัยของแต่ละบุคคล

Shipper และ Clinch (1998) อ้างใน วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ การแสดงออกที่เกิดจากผลกระทบของการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และผลของการรักษาตามบริบท และการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ

Ferrans และคณะ (2005) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุก (Well-being) เกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้นๆ

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ เป็นความพึงพอใจ หรือความสุขในชีวิตของบุคคล ตามบริบท และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นความหมายที่กว้าง และตัวชี้วัดความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคล เช่น บางคนอาจให้ความสำคัญกับการงาน การเงิน บางคนอาจให้ความสำคัญในเรื่องภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตส่วนมาก มักพิจารณาถึงส่วนประกอบเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role functioning) สุขภาพจิต การรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ด้านกำลังวังชา (Vitality) ความเจ็บปวด และกระบวนการรับรู้ (Cognitive functioning) มีการนำข้อมูลทางคลินิก เช่น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และพยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัยระดับเซลล์ และการบอกเล่าอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถหาได้จากประวัติการรักษา หรือการตรวจร่างกาย มาประกอบการพิจารณาในแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตค่อนข้างน้อย Wilson และ Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยเพิ่มความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา โดยมีการนำตัวชี้วัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด (Serum albumin) ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) มาบูรณาการเข้ากับตัวชี้วัดอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning) การรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health

perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตมีความเหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก (Wilson & Cleary, 1995) ต่อมา Ferrans และคณะ (2005) ได้นำ Wilson and Cleary model for health-related quality of life มาพัฒนาปรับปรุงเป็น Conceptual Model of Health-related Quality of Life และกล่าวถึงปัจจัยที่ผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลไว้ดังนี้

1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) จำแนกเป็น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งได้กล่าวว่าข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษา หรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์สนุกสนาน และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) จำแนกเป็น (1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ (2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดภาวะสุขภาพคือ การทำหน้าที่ทางกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) Leventhal และคณะ (1980) ได้อธิบายว่า ประสบการณ์ความรู้สึกสัมผัส (Sensation) และกระบวนการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสของบุคคล ขึ้นอยู่ประสบการณ์ทางกายที่ผ่านมา และข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนถึงอาการ อาจใช้ประกอบการหาสาเหตุของการเจ็บป่วย ผลกระทบ และความก้าวหน้าของการรักษาได้ ซึ่งประสบการณ์การมีอาการ การประเมินและการแปลผลอาการนั้น เป็นส่วนหนึ่งปัจจัยเฉพาะของบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของในหลายๆด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้างๆ ซึ่งสามารถมองได้หลายมุมมอง โมเดลร่วมสมัยมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน Wang (2003) ได้ให้ความหมายว่า แต่ในกรอบแนวคิดของ Ferrans และคณะมุ่งสนใจเกี่ยวกับ ความสามารถสูงสุดของบุคคลที่คงเหลืออยู่ในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า ภาวะการณ์ทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) ในการศึกษาครั้งนี้

6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลผลปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา ด้านอาการ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย

ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยข้างต้นนั้น เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตตามลำดับกล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงมากมายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในท้ายที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ นั้น หากผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ภาวะของโรคแย่ลง ในทางกลับกันหากผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากสังคมรอบข้าง อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น กล่าวคือปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา การแสดงออกของอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และ

ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา หรือมีพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันก็ตาม (นุจรี ประทีปะวนิช จอห์น, 2552)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไป ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงของโรคเรื้อรัง หรือจำนวนโรคร่วมที่มากขึ้น (Rothrock et al., 2010) ในภาวะปกติภาวะสุขภาพอาจไม่ค่อยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล แต่เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล โรคไตเรื้อรังมีระยะการดำเนินโรคที่ยาวนาน ทั้งพยาธิสภาพ และการรักษาโรคย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่การหาแนวทางช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2.2.1 การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กล่าวมาแล้ว ได้มีผู้พัฒนาวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต โดยส่วนใหญ่เป็นการประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบแบบประเมินด้วยตนเอง (Self – report) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายดังนี้

1) SF-36 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ 8 หมวด ในช่วง 12 เดือน คือ การทำหน้าที่ทางกาย ข้อจำกัดในบทบาทหน้าที่เนื่องจากผลกระทบของโรคต่อด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด พลังงานและกำลังกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ข้อจำกัดในการแสดงบทบาทเนื่องจากผลกระทบของโรคต่อด้านจิตใจ และสุขภาพจิต (Cella & Nowinski, 2002; Valderrábano, Jofre, & López-Gómez, 2001) เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แบบประเมิน SF-36 จึงไม่เหมาะในการใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเป็น 1 ใน 8 หมวดของการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งซ้ำกับตัวแปรต้นในการวิจัย

อย่างไรก็ดีได้มีการดัดแปลงหมวดคำถามจากแบบสอบถาม SF-36 ให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของโรคไตเรื้อรังชื่อ Kidney Disease Quality of Life-36 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง (Specific instrument) ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ

แบ่งเป็น 4 หมวดคำถาม คือ 1) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (Generic core) เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ 2) ภาระจากโรคไต (Burden of kidney disease) 3) อาการโรคไตเรื้อรัง (Symptoms) และ 4) ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง (Effect of kidney disease) (Porter et al., 2010; Valderrábano, et al., 2001) แต่ไม่เหมาะในการนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากข้อคำถามส่วนมากเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะ และผลกระทบของการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางหน้าท้อง

2) EORTC QOL- C 30 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่ การทำหน้าที่ 5 หมวด (ร่างกาย บทบาท การรับรู้ อารมณ์ และสังคม) อาการแสดงจำนวน 3 หมวด (อาการอ่อนล้า ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน) และภาวะสุขภาพโดยรวม/ระดับคุณภาพชีวิตจำนวน 1 หมวด (Cella & Nowinski, 2002) แต่อาจไม่แม่นยำตรงเท่าที่ควร เนื่องจากมีข้อคำถามด้านอาการ เช่น ความเจ็บปวดที่เป็นอาการที่ไม่ค่อยพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบสอบถามนี้จึงเหมาะสำหรับใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคที่มีอาการและอาการแสดงที่ตรงกับข้อคำถามมากกว่า

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) ประกอบด้วย 24 หมวดย่อย คลอบคลุมรายละเอียดของ 6 หมวดหลัก ได้แก่ หมวดภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (Physical health) หมวดด้านจิตใจ (Psychological) หมวดระดับการพึ่งพา (Level of Independence) หมวดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) หมวดสิ่งแวดล้อม (Environment) หมวดด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ (Spiritual/ Religion/ Personal belief) และมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 100 ข้อ (WHO, 1997) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวนมาก และต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างมาก ต่อมามีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด รวมกับคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถามมี รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล, 2545) ซึ่งเน้นประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะวัดรายละเอียดของโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือ

เป็นการประเมินผลของโรค และการรักษาโดยทั่วไปที่มีต่อผลคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตในการศึกษาครั้งนี้

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่จะเริ่มมีอาการของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีความดันโลหิตสูงทำให้ปวดศีรษะ มีอาการอ่อนเพลีย เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต หรือที่เรียกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง

จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด การล้างไตทางหน้าท้อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไตในประเทศตุรกี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 กลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไป (Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007) Perlman และคณะ (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านกายภาพ (Physical domain) และด้านจิตใจ (Mental domain) ต่ำกว่ากลุ่มประชากรโดยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องหลายงาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือด และกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (คัทลียา อุดติ, 2540; คุณิต สุจิรารัตน์, 2541; เพียงดาว จุลบาท, 2551; ยุวดี ชีระศิลป์, 2547) และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง (คุณิต สุจิรารัตน์, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์, 2547; วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์, 2542;

นพวรรณ พุกพนสุก, 2544) อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยเพียงการศึกษาเดียว ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตวัน และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 110 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดย Ferrans & Powers (1993) ในการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2545)

Zhang และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาระียบเทียบคุณภาพชีวิต และเหตุการณ์นอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 654 ราย และกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องจำนวน 408 รายในประเทศจีนโดยใช้แบบประเมิน SF-36 ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตในด้านความเจ็บปวด (Body pain) ด้านภาวะสุขภาพทั่วไป (General health) ด้านบทบาทอารมณ์ (Role-emotion) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ด้านพลังชีวิต (Vitality) และสุขภาพจิต (Mental health) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือด แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในด้านการทำงานทางกาย (Physical functioning) และบทบาททางกาย (Role-physical) และพบว่าระดับคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning) ด้านความเจ็บปวด (Body pain) ด้านบทบาทอารมณ์ (Role-emotion) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ด้านพลังชีวิต (vitality) และสุขภาพจิต (Mental health) ที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้มีผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย (DeOreo, 1997; Mapes et al., 1999) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเป็นข้อบ่งชี้ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลที่สำคัญ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเอง (พรรณทิพา สักดิ์ทอง, 2550) สอดคล้องกับแนวความคิดในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ไม่เพียงแต่ให้การรักษาพยาบาลเพียงตัวโรค หรือทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงทั้งด้านจิตใจ และจิตสังคม

2.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา ทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องประสบกับอาการของโรคมามากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลา และการเสื่อมหน้าที่ของไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามปัจจัยในกรอบแนวคิดของ Ferrans และคณะ (2005) ดังนี้

1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล คือข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เชื้อชาติ ระดับการศึกษา เพศ อายุ มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคนผิวดำ มีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าคนผิวขาว และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นคนผิวขาวมีการรับรู้ผลกระทบของการล้างไต หรือการทำหน้าที่ของไตบกพร่องเป็นเรื่องสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และการรับประทานอาหาร นำสู่ความไม่พึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพ มากกว่าคนผิวดำนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คนผิวดำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนผิวขาว (Valderrabano, 2001) และจากการศึกษาของ Harris และคณะ (1993) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการศึกษาระดับต่ำ และมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rocco และคณะ (1997) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์สูงกับระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเช่นกัน นอกจากนั้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิต (นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535) แต่จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยเฉพาะบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (คัทธียา อุดติ, 2540) สอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (ยุวดี ชีระศิลป์, 2547) Park และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิต (เพ็ญดาว จุลบาท, 2551) จะเห็นได้ว่าจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังมีความแตกต่างกันอยู่ และยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของ เพศ และอายุต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2) ปัจจัยด้านชีววิทยา การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านชีววิทยาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตของ จิราภรณ์ ชวงศ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 2 (ระยะไตเสื่อม) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3 (ระยะไตวายเรื้อรัง) และระยะที่ 4 (ระยะสุดท้ายหรือยูรีเมีย) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงตามระยะเวลาการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น และจากการศึกษาของ Perlman และคณะ (2005) พบว่าระดับความเข้มข้นในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับอัตราการกรองของไต (GFR) กับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม Fukuhara และคณะ (2007) ได้ศึกษาความก้าวหน้าของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในระยะ 1 ปี ในผู้ป่วยญี่ปุ่นจำนวน 471 ราย โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 3.0 mg/dl มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 3.0 mg/dl ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น และระดับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้มข้นในเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกำลังวังชา (Vitality) และระดับครีเอตินินในเลือดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างกับระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) ด้านบทบาททางกาย (Role-function) และด้านสุขภาพอารมณ์ (Mental health) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Park และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 160 รายในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคเบาหวาน มีคะแนนโรคร่วมสูง (modified Charlson comorbidity index > 6) มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (< 4.0 g/dl) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านชีววิทยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อัตราการกรองของไตที่ลดลง ระดับความเข้มข้นของเลือด ระดับอัลบูมิน ในกระแสเลือด และจำนวนโรคร่วม โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วม แต่ยังมีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการกรองและคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน และยังไม่เป็นที่แน่นอนว่าระดับอัตราการกรองลดลงที่ระดับใดที่เริ่มส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

3) ปัจจัยด้านอาการ คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย (Physical) ด้านอารมณ์ (Emotional) หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล (Cognitive stage) สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสำนึก

(Psychophysical) เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Ferrans et al., 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิตทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Valderrabano, 2001) ลักษณะที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่างๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ บางคนถึงกับมีความคิดจะฆ่าตัวตาย หากมีอาการดังกล่าวมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจัดเป็นความผิดปกติทางจิต เรียกว่าโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2545)

ภาวะซึมเศร้านักพบร่วมในผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม แต่ทีมการรักษาอาจไม่ให้ความสำคัญกับอาการดังกล่าว เนื่องจากคิดว่าเกิดจากปัญหาด้านกาย จิต และสังคมร่วมกัน ดังนั้นหากจะพิจารณาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางกายแต่ละราย ควรพิจารณาตามระยะการดำเนินโรค และปัจจัยกระตุ้นด้านกาย จิต สังคมซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทางกาย มีได้หลายระยะ (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) ดังนี้

- ภาวะซึมเศร้าที่นำมาก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านำมาก่อน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย เช่น เป็นโรคซึมเศร้านำมาก่อนโรคหลอดเลือดหัวใจ

- ภาวะซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุร่วมหรือเกิดภายหลังความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหลังจากเกิดการเจ็บป่วยทางกาย ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่นฮอร์โมนผิดปกติ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และสารสื่อประสาทเปลี่ยนไป หรือผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทางกาย (adjustment disorder) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ชายที่ได้รับการฟอกเลือดของ Garcai และคณะ (2010) ในผู้ป่วยจำนวน 47 ราย ได้ใช้แบบประเมินของ Hamilton Rating Scale for Depression ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.1 มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ส่วน Park และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในประเทศเกาหลีจำนวน 160 รายในประเทศเกาหลี โดยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 31.9 จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสองการศึกษาข้างต้นค่อนข้างแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้า เป็นอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่

พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Shilder, Peterson, & Kimmel, 1998) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Garcia et al., 2010; Park et al., 2010; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007; Shilder et al., 1998) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

4) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ คือ ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้างๆ สามารถมองได้หลายมุมมอง Cohen, & Marino (2000) อธิบายว่า ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การประกอบอาชีพ และด้านเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล Hawley (2001) ให้คำจำกัดความภาวะการทำหน้าที่ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย และการขับถ่าย Wang (2003) อธิบายว่า ภาวะการทำหน้าที่ คือ การทำกิจกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลายในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งระดับของการกระทำนั้นมุ่งหวังเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในลักษณะเฉพาะ โครงสร้าง หรือสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งสนใจเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง จะเรียกตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) โดยเมื่อไตเสื่อมหน้าที่ลง มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ อัตราการกรองของไต (GFR) และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การลดลงของระดับอัตราการกรองของไต (GFR) และภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลง (McClellan et al., 2010) จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ายังมีการศึกษาด้านภาวะการทำหน้าที่ซึ่งประเมินความสามารถทางกายกับคุณภาพชีวิตค่อนข้างน้อย เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่มักประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต

5) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัยเป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไป หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพ

สุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิต หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยรู้ว่าตนมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแล้ว แต่อย่างไรก็ดีมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืดหอบ ของ Syk และคณะ (2012) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้เครื่องมือ Gothenburg Quality of Life Instrument ในการประเมินคุณภาพชีวิต และใช้คำถาม “How do you rate your general health status” ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดหอบน้อยกว่ากลุ่มประชากรปกติ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดหอบยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอีกด้วย

6) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ไตเริ่มเสื่อมหน้าที่ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ชีด กระดูกพรุน หรือมีภาวะทุพโภชนาการ ให้คำปรึกษา และมีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี คงไว้ซึ่งบทบาท และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Valderrabano, 2001) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางโรคไตช้า มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางมากกว่า 6 เดือน (Sesso & Yoshihiro, 1997) และมีการศึกษาพบว่าวิธีการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีขึ้นส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นส่วนใหญ่รักษาด้วยการปลูกถ่ายไต (ยูวดี ชีระศิลป์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากมายทั้งด้านที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการรักษา แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2.4 สรุป

จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และคาดการณ์ว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรังมีระยะการดำเนินโรคนาน รักษาไม่หายขาด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 ประการ คือ การตรวจคัดกรองและส่งต่อ การชะลอความเสื่อมของไต การประคับประคองและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูรีเมีย การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรค และการรักษาที่ซับซ้อน ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน และมีผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย (DeOreo, 1997; Mapes, et al., 1999) จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมอง หรือการรับรู้ของผู้ป่วย ปัจจุบันคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางการรักษาพยาบาล ที่ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงผลของการดำเนินโรค และประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และจากการศึกษาความก้าวหน้าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไต และนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไป พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรโดยทั่วไป และระดับคุณภาพชีวิตต่ำลงเมื่อการทำหน้าที่ของไตลดลง เป็นที่น่าสนใจว่ามักพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และยังมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และยังพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ลดลง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยในทางลบ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนั้นยังมีปัจจัยในด้านเพศและอายุที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และในต่างประเทศยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตค่อนข้างน้อย และไม่พบการศึกษาในเมืองไทย จึงนำไปสู่ความสนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้

สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีสุขภาพะที่ดี ตลอดจนสามารถแสดงบทบาทที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย และยืดระยะเวลาที่จะเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางการรักษา และการพยาบาล



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) อัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. โดยค่าอัตราการกรองของไตได้จากการคำนวณโดยใช้ระดับ ซีรัมครีเอตินิน เพศ อายุและเชื้อชาติ โดยใช้ MDRD calculator program ในการคำนวณ
- 3) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) โดยผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. หรือผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ซึ่งคะแนนรวมต้องมากกว่า 23 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดในทุกระยะ
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต

3.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตจำนวน 100 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา 0.05 ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตมาก่อน แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับงานวิจัยครั้งนี้ มีค่า R^2 ระหว่าง 0.161 - 0.197 (ยุดี ธีระศิลป์, 2547) ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดอิทธิพลในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.13 ซึ่งเป็นขนาดปานกลาง (moderate effect size) มีตัวแปรอิสระจำนวน 6 ตัวแปร นำมาคำนวณในสูตร $N = L / \gamma + K + 1$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ และค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ

K = จำนวนตัวแปรทั้งหมด

γ = ค่าประมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม (estimate effect size)

ซึ่งได้จากการคำนวณตามสูตร ดังนี้ $\gamma = R / 1 - R$

$$= 0.13 / 1 - 0.13$$

$$= 0.149$$

จากนั้นนำมาแทนค่าในสูตร $N = L / \gamma + K + 1$

$$= 13.62 / 0.149 + 6 + 1$$

$$= 98.4 \text{ ราย}$$

3.3 แหล่งเก็บข้อมูล

คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลค่ายสุรณารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. มีแพทย์เฉพาะทางโรคไตจำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการจำนวน 1 ท่าน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการการบำบัดทดแทนไตมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 100 คน/เดือน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

3.4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีลักษณะให้ทำเครื่องหมาย ✓ และเติมข้อความลงในช่องว่าง เป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ระดับครีเอตินินในกระแสเลือด อัตราการกรองของไต โรคประจำตัวอื่นๆที่พบร่วม และยาที่รับประทานเป็นประจำ

3.4.2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งพัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ใหญ่ในชุมชน มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง เกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแบบประเมินนี้ได้มีการนำไปประเมินในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่าความเที่ยง (Reliability) มีค่า 0.85 และนำไปประเมินในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความเที่ยง (Reliability) มีค่า 0.89 (Radloff, 1977) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) และถูกนำไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย พบว่า ความเที่ยงของ CES-D มีค่าเท่ากับ 0.86 (อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540) นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (นพดล เตมียะประดิษฐ์, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และสุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 60

คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมมากกว่า 16 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย

3.4.3 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Karnofsky Performance Scale (KPS) ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พัฒนาโดย Karnofsky และคณะ (1948) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเป็นการประเมินความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ดีตามได้มีการนำแบบประเมินนี้มาใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Chang & Tamaru, 2009) ซึ่งอำนาจพร อาษานอก (2549) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 นำไปใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการดูแลตนเอง ต่อมาอินทรา ทาเอื้อ (2553) ได้นำมาใช้ประเมินสภาวะของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย แบบสอบถามมีลักษณะเป็น มาตรการส่วน 11 ระดับเริ่มตั้งแต่ 0 และเพิ่มขึ้นครั้งละ 10 คะแนนจนถึง 100 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ดี

การแปลผล คะแนนรวมภาวะการทำหน้าที่ทางกายมีค่า 0 – 100 คะแนน โดยแบ่งระดับภาวะการทำหน้าที่ทางกายได้ดังนี้

คะแนน 0 – 40 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาล หรือสถานบริการการรักษา โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว

คะแนน 50-70 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

คะแนน 80-100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลพิเศษ

3.4.4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ 4 – item Self- Rate Health Scale Subindex of the Philadelphai Geriatric Center Multilevel Assessment Inventory (MAI) พัฒนาโดย Lawton และคณะ (1982) เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง สุขภาพขณะนี้เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่ง Lawton และคณะ ได้นำ

เครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 590 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Internal consistency alpha coefficient) มีค่า 0.76 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest study) มีค่า 0.92 นอกจากนั้นยังได้รับการตรวจสอบความเป็นมาตรฐาน และความตรงเชิงโครงสร้างหลายวิธี ซึ่งผลการตรวจสอบพบว่าแบบประเมิน MAI สามารถใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี มีประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกและการวิจัย (Lawton, Moss, Fulcomer, & Klebban, 1982) และได้มีการนำแบบประเมิน MAI มาใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลาย (Gillis, 1994; Lusk & Keleman, 1993; Lusk et al., 1994; Stuijbergen & Becker, 1994; Weitzel, 1980) Sriyuktasuth (2002) นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ เพื่อใช้ประเมินการรับรู้สุขภาพในผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรค SLE และผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ค่าคะแนนรวมอยู่ใน ช่วง 4-13 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้สุขภาพดี

3.4.5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ โดยได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (Subjective) ซึ่งเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เน้นการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะวัดรายละเอียดของโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เครื่องมือนี้พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด รวมกับคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม ต่อมาสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ได้นำเครื่องมือแปลเป็นภาษาไทย ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL- 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับเป็นทางการ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2540)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) ประกอบด้วยคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 จำแนกแต่ละข้อคำถามออกเป็น

รายค้านี้ได้ตั้งนี้ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22 ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ ประกอบทั้ง 4 ด้านโดยให้ผู้วิจัยตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 5 ระดับคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบจำนวน 3 ข้อให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้	5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
มาก	ให้	2 คะแนน
มากที่สุด	ให้	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวกจำนวน 23 ข้อให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ออกเป็น 3 ระดับโดยเกณฑ์คุณภาพชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านแต่ละระดับเป็นดังนี้

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

3.5 แบบประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เป็นเครื่องมือทดสอบสมรรถภาพสมอง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จำนวน 29 ท่าน เพื่อใช้ประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุชาวไทย โดยทำการศึกษาในคนไทยที่มีอายุ 60-70 ปี แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 6 หัวข้อย่อย 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 (นิพนธ์ พงษ์วินทร์ และคณะ, 2536) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบทดสอบมาใช้ประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หากพบว่ามีคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ซึ่งเป็นหนึ่งในเกณฑ์การคัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย

3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่เป็นที่ยอมรับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient) จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .89 ตามลำดับ และนำข้อมูลแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้นที่ได้ใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 รายไปหาความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient) จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 ตามลำดับ

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์)

2) หลังจากผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) แล้วผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกโรคไต โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไต เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3- 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยดูจากค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ที่คำนวณจากสูตรของ Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Equation โดยค่าอัตราการกรองของไต มีค่าต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร

5) เมื่อได้ผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดแล้ว พยาบาลประจำคลินิกเป็น ผู้แจ้งต่อผู้ป่วยที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย

6) จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับครีเอตินินในกระแสเลือด ระดับฮีมาโต คริต และโรคประจำตัว

7) ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอม จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูล

8) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. หรือมีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยได้ประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) จากผู้วิจัย ซึ่งต้องมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน จึงคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ราย

9) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดจนผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือทำ และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยรวม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ส่วนแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกายผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง โดยประเมินจากการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับอาการของผู้ป่วย

10) หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจค่าคะแนนของแบบสอบถามทันที พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13 รายมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระดับ 16 - 28 คะแนน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้คำปรึกษา และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต และพบผู้ป่วยจำนวน 5 รายมีค่าคะแนนสูงกว่า 28 คะแนน ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต แจ้งพยาบาลประจำคลินิก และแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับจิตแพทย์

11) เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.8 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการเพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากผลงานวิจัยนี้ รายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1) แนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและผลกระทบจากการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดของแบบสอบถามได้จนกว่าจะเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับก่อนเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่ปฏิเสธการเข้าร่วมในเวลาต่อมา การปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย ในกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น

4) การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อันไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา

5) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัย หากพบมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะให้ช่วยเหลือเบื้องต้น หากเกินความสามารถของผู้วิจัย จะประสานงานกับพยาบาล และแพทย์ในหน่วยงานเพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

6) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปจำนวน 13 ราย ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าตนเองเริ่มมีอาการซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมสูงกว่า 28 คะแนนจำนวน 5 ราย ซึ่งถือเป็นคะแนนที่สูง เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาล และแพทย์ในหน่วยงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดทางจิตต่อไป

7) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้ความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยยินยอมเท่านั้น

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistic Package for the Social Science for Windows (SPSS-FW) Version 18 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนการทำหน้าที่ทางกาย คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าพิสัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุคูณดังแสดงในภาคผนวก จ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม 2554 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างอายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 22 – 94 ปี อายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD=11.67) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 52) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 69 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามก็ติดเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49) มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ มีเพียงร้อยละ 5 ที่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดราชการ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	51
หญิง	49	49
อายุ (ปี) (M= 69.37, SD= 11.67, Range 22-94)		
18 - 40 ปี	2	2
41 - 59 ปี	15	15
60 ปีขึ้นไป	83	83
สถานภาพสมรส		
โสด	4	4
คู่	68	68
หม้าย, แยกกันอยู่	28	28
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	2
ประถมศึกษา	52	52
มัธยมศึกษา	31	31
อนุปริญญา	7	7
ปริญญาตรี	8	8

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	76
เกษตรกร	4	4
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	2
รับจ้างทั่วไป	5	5
รับราชการ	8	8
พนักงานบริษัท	2	2
อื่นๆ	3	3
รายได้ต่อเดือน (บาท) (M= 10,685.25, SD= 12,589.09, Range 0 – 86,000)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	69	69
10,001 - 20,000 บาท	16	16
20,001 - 30,000 บาท	11	11
30,001 - 40,000 บาท	1	1
40,001 - 50,000 บาท	1	1
มากกว่า 50,000 บาท	2	2
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	5	5
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	49	49
เพียงพอและเหลือเก็บ	46	46
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	4	4
เบิกต้นสังกัดราชการ	90	90
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	6

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคโดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61) โรคเกาต์ (ร้อยละ 24) มีเพียงหนึ่งราย (ร้อยละ 1) ที่มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55) มีระดับ Hematocrit น้อยกว่า 33 % กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 41) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 30) และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 29) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 93) ได้รับยาต้านโปรตีนรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors), Angiotensin receptor blockers (ARB) ตามแนะนำของ KDOQI guideline (2002) และมียาในกลุ่มอื่นบางส่วน เช่น Diuretic, Beta-blockers, Calcium channel blockers และ Alpha blocker เป็นต้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65) ใช้ยาต้านโปรตีนลดระดับไขมันในเลือด ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Statin เช่น simvastatin แม้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มีภาวะซีด (ระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่า 33 %) แต่อย่างไรก็ดีพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ได้รับยาต้านโปรตีนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด เช่น Folic acid และ Ferrous fumarate และมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 23) ได้รับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด นอกจากนั้นยังมียาในกลุ่มอื่นอีก ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน และชนิดฉีด ยาแก้ปวด ยารักษาโรคเกาต์ ยาปรับสมดุลกรดต่าง ยาปรับสมดุลระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสในร่างกาย วิตามินบำรุงร่างกาย และยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วย และการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
โรคประจำตัว (กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	92	92
โรคเบาหวาน	61	61
โรคไขมันในเลือดสูง	18	18
โรคเกาต์	24	24
โรคหัวใจและหลอดเลือด	13	13
โรค Nephrotic syndrome	1	1

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วย และการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
ระดับ Hematocrit (%)		
ต่ำกว่า 33 %	55	55
มากกว่าหรือเท่ากับ 33 %	45	45
ระดับอัตราการกรองของไต (ml/min/1.73 m²) (M= 23.92, SD= 12.54, Range 4.18 – 57.16)		
30– 59 (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3)	29	29
15– 29 (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4)	41	41
ต่ำกว่า 15 (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5)	30	30
ยาที่ใช้เป็นประจำ(กลุ่มตัวอย่าง 1 รายใช้ยามากกว่า 2 ชนิด)		
ยาต้านทานรักษาโรคความดันโลหิตสูง	93	93
ยาต้านทานรักษาโรคไขมันในเลือดสูง	65	65
ยาต้านทานกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด	55	55
ยาต้านทานแก้ปวด และยารักษาโรคเกาต์	34	34
ยาต้านทานรักษาโรคเบาหวาน	24	24
ยาต้านทานกลุ่มละลายลิ่มเลือด	24	24
ยาต้านทานกลุ่มปรับสมดุลกรดต่าง	28	28
ยาต้านทานกลุ่มปรับสมดุลแคลเซียมและฟอสฟอรัส	18	18
วิตามินบำรุง	38	38
ยาฉีดรักษาโรคเบาหวาน	33	33
ยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด	23	23

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ (M= 11.12, SD=7.29) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน) ทั้งนี้เมื่อจำแนกระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 82 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 13 และมีภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n= 100)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนนที่ วัดได้จริง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 16 คะแนน)	0-15	1-15	82	82
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (16-28 คะแนน)	16-28	16-28	13	13
มีภาวะซึมเศร้าสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 29)	29-60	29-39	5	5
(M= 11.12, SD=7.29, Range 1- 39)				

ส่วนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median= 70, M=73.10, SD= 10.89) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 50 คะแนน และช่วงคะแนนสูงสุดเท่ากับ 90 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน) เมื่อจำแนกเป็นระดับของภาวะการทำหน้าที่ทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น รองลงมาร้อยละ 43 สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่ต้องการดูแลพิเศษ โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนนที่ วัดได้จริง	จำนวน	ร้อยละ
- สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการ การดูแลพิเศษ	80-100	80-90	43	43
- ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มี บางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น	50-70	50-70	57	57
- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแล จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการการรักษา โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว (Median= 70, M=73.10, SD= 10.89)	0 – 40	ไม่มี	0	0

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 7.54$, $SD= 1.97$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน ช่วงคะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 4 – 13 คะแนน) เมื่อจำแนกตามรายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 1.92$, $SD= 0.61$) ครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ($M= 1.80$, $SD= 0.68$) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42) คิดว่ามีสุขภาพเหมือนกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ($M= 1.99$, $SD= 0.73$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) คิดว่าปัญหาสุขภาพในปัจจุบันส่งผลเล็กน้อยถึงปานกลางให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ($M= 1.83$, $SD= 0.53$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และ
จำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (รายชื่อ)	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนนที่ วัดได้จริง	Mean	SD
- การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	1-4	1-3	1.92	0.61
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเมื่อเทียบกับปีที่ ผ่านมา	1-3	1-3	1.80	0.68
- การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนอื่นในวัย เดียวกัน	1-3	1-3	1.99	0.73
- การรับรู้ปัญหาจากภาวะสุขภาพในปัจจุบันต่อการ ทำในสิ่งที่ต้องการ	1-3	1-3	1.83	0.53
คะแนนรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพ	4-13	4-12	7.54	1.97

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง
(n=100)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (รายชื่อ)	จำนวน	ร้อยละ
I. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร		
- ไม่ดี	23	23
- ปานกลาง	62	62
- ดี	15	15
- ดีมาก	0	0
II. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรมีเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา		
- แย่ลงกว่าเดิม	35	35
- เหมือนเดิม	50	50
- ดีขึ้นกว่าเดิม	15	15

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมจำแนกรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=100) (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (รายชื่อ)	จำนวน	ร้อยละ
III. ท่านคิดว่าสุขภาพท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน		
- แย่กว่าคนอื่น	27	27
- เหมือนกับคนอื่น	47	47
- ดีกว่าคนอื่น	26	26
IV. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของท่านในขณะนี้สาเหตุให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากน้อยแค่ไหน		
- มาก	24	24
- เป็นบ้าง	69	69
- ไม่เป็นเลย	7	7

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 93.07$, $SD = 8.66$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 69 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 111 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน) เมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตออกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.91$, $SD = 2.82$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 29 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.13$, $SD = 2.63$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 27 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 6 – 30 คะแนน) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.44$, $SD = 1.32$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.30$, $SD = 3.10$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 38 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน) ทั้งนี้เมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) มี

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 40 มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

คุณภาพชีวิต	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนนที่ วัดได้จริง	Mean	SD	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	69-111	93.0	8.66	ระดับปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	7-35	14-29	22.91	2.82	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	15-27	22.13	2.63	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-15	8-14	11.44	1.32	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	22-38	30.30	3.10	ระดับดี

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

คุณภาพชีวิต โดยรวม	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	ช่วง คะแนนที่ วัดได้จริง	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	26-60	ไม่มี	0	0	0	0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95	69-95	60	60	87.43	5.81
คุณภาพชีวิตที่ดี	96-130	96-111	40	40	101.52	4.13

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม กับตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product

moment correlation coefficient) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.520$, $P < .01$) ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .373$ และ $r = .399$, $P < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.เพศ	1						
2.อายุ	.082	1					
3.อัตราการกรองของไต	-.409**	.188*	1				
4.ภาวะซึมเศร้า	.193*	-.253**	-.157	1			
5.ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย	-.133	-.317**	.152	-.329**	1		
6.การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	-.127	.159	.172*	-.532**	.466**	1	
7.คุณภาพชีวิต	-.124	.088	.116	-.520**	.373**	.399**	1

* $P < .05$, ** $P < .01$

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยมีตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต ถูกนำเข้าสู่สมการความถดถอยเชิงพหุพร้อมกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390$, $p = .000$) ดังแสดงในตาราง ที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	SEB	β	t	p-value
ค่าคงที่	80.610	10.110		7.973	.000
เพศ	-.285	1.674	-.017	-.170	.865
อายุ	.037	.079	.050	.474	.637
อัตราการครองชีพ	-.006	.068	-.009	-.087	.931
ภาวะซึมเศร้า	-.464	.128	-.390	-3.628	.000
ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย	.178	.090	.223	1.981	.051
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	.347	.487	.079	.714	.477
$R = .569$, $R^2 = .323$, $\text{adj. } R^2 = .280$, $\text{df} = 6, 93$, $F = 7.409$					

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตจำนวน 100 ราย ที่มารักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการวิจัยตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษา และสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 22 – 94 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD=11.67) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากโรคไตเรื้อรังมักมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และส่งผลให้ไตเสื่อมหน้าที่ ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน จึงส่งผลให้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อมีอายุมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ทั้งในเพศชายและเพศหญิงจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และใกล้เคียงกับการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ของ Ong-artyouth และคณะ (2009) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุดคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เลย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดคือ 86,000 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 49 มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ อาจเนื่องมาจาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ไม่ค่อยมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีเพียงร้อยละ 5 ที่ระบุว่ามียาได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นบุคคลหลักในการหารายได้ของครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทยทหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และเป็นบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) จึงใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดราชการ

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีเพียงหนึ่งรายที่มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61) โรคเกาต์ (ร้อยละ 24) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 13) และโรค Nephrotic syndrome (ร้อยละ 1) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มที่มีโรคไตเรื้อรังมักเป็นผู้สูงอายุ มีระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Go et al., 2004; Ong-ajyooth et al., 2009; Sarnak, Levey, & Schoolwerth, 2003) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55) มีภาวะซีด โดยระดับ Hematocrit น้อยกว่า 33 % ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (กรวรรณ ปานแพ, 2554; Fukuhara, 2007) อธิบายได้ว่าโดยพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง เมื่อไตเสื่อมหน้าที่จะมีผลให้การสร้างฮอร์โมนอีริโทพอยติน (Erythropoietin) ลดลง ทำให้การกระตุ้นไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง (Hyperparathyroidism) และภาวะ albumin intoxication จะทำให้ไขกระดูกลดการตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนอีริโทพอยติน (Erythropoietin) หรือเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง จากการกั่งของสารพิษในร่างกายจากภาวะยูรีเมีย (Uremia) (ปวีณา สุคันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2552)

การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มากที่สุด (อัตราการกรองของไตระดับ $15 - 29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) (ร้อยละ 41) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (อัตราการกรองของไตต่ำกว่า $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) (ร้อยละ 30) และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (อัตราการกรองของไตระดับ $30-59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) (ร้อยละ 29) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ ศึกษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากคลินิกโรคทั่วไปเมื่อพบปัญหาการทำหน้าที่ของไตเสื่อมแล้ว และมีแนวโน้มของการดำเนินโรคลดลงอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างเฉพาะเจาะจงจากแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางโรคไต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Ong-ajyooth และ

คณะ (2009) ซึ่งพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ Ong-ajyooth และคณะ (2009) ทำการเก็บข้อมูลประชากรที่อยู่ในชุมชน จึงทำให้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ ($M = 11.12$, $SD = 7.29$) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 1-39 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) เป็นผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ อาการ และอาการแสดงของโรคจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างน้อย รวมทั้งบริบทเกี่ยวกับวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวค่อนข้างดี การเจ็บป่วย จึงอาจยังไม่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าน้อยลง โดยจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.253$, $P < .01$) อย่างไรก็ดีพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 13) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 16 -28 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16 – 28 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5) มีภาวะซึมเศร้าสูง โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 29-39 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 29 – 60 คะแนน)

จากผลการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.329$ และ $r = -.532$, $p < .05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังขึ้น ผู้ป่วยจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ส่งผลให้ไม่สามารถกิจกรรมต่างๆ ได้ดังเดิม การรักษาที่มีความซับซ้อน และการมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาค่อนข้างถี่ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Auer, 2008) และภาวะซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุร่วมหรือเกิดภายหลังความเจ็บป่วยทางกาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่นฮอร์โมนผิดปกติ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และสารสื่อ

ประสาทเปลี่ยนไป หรือผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทางกาย (adjustment disorder) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 18 (ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 13 และภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5) เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ากับการศึกษาของ Gyamlani และคณะ (2011) ที่ใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) โดยใช้ cut off score 16 คะแนนในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในเมือง Mississippi ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 ซึ่งมีอุบัติการณ์มากกว่าการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า ในสังคมตะวันตก ในวัยชรามือสมัครใจและแยกครอบครัวออกไป บิดาและมารดาจะใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรือไปอยู่ตามสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ ซึ่งต่างกับลักษณะครอบครัวไทย ที่เป็นครอบครัวขยาย ในยามชราบิดามารดา ยังมีบุตรหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแลเอาใจใส่ ลักษณะสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่แตกต่างกันอาจมีผลให้อุบัติการณ์ การเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน

เมื่อนำผลการศึกษาครั้งนี้มาเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ชายที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 47 ราย ของ Garcai และคณะ (2010) โดยใช้แบบประเมินของ Hamilton Rating Scale for Depression ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.1 มีภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในประเทศเกาหลีจำนวน 160 รายในประเทศเกาหลีของ Park และคณะ (2010) โดยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.9 ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากมีการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน และอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Murphy, et al., 2008) ซึ่งการดำเนินชีวิตยังใกล้เคียงกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (บุญธรรม จิระนันท์, 2553; Challinor, 2008) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจึงมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกัน

ส่วนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ที่บ้าน มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median= 70, M=73.10, SD= 10.89) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 50-90 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน) และเมื่อจำแนกระดับของภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น รองลงมาร้อยละ 43 สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่ต้องการการดูแลพิเศษ อธิบายได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ด้วยความเสื่อมตามวัยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ซึ่งมีการแสดงโรคที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ มีของเสียคั่งในร่างกายส่งผลให้มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีภาวะซีด ส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า แต่อย่างไรก็ดีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ยังส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหารเองได้ด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในบางเรื่อง เช่น การหุงหาอาหาร การเดินทาง การทำกิจกรรมหนักๆ เป็นต้น

นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่สามารถควบคุมโรคได้ ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาล หรือสถานบริการการรักษาส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในช่วง 50 - 90 คะแนน และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนในช่วง 0-40 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Murtagh และคณะ (2011) ที่ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน Karnofsky Performance Scale (KPS) ในการประเมินเช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะการทำหน้าที่ทางกายอยู่ในระดับที่ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (KPS = 70, Range 50-80) ด้วยเช่นกัน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.54$, $SD = 1.97$) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 4-12 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 4 – 13 คะแนน) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งการรักษาเน้นการชะลอความเสื่อมของไต โดยการรักษาด้วยการรับประทานยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แบบแผนการดำเนินชีวิตยังใกล้เคียงกับประชากรที่มีสุขภาพดี ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมลดลงเพียงเล็กน้อย จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62) คิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.92$, $SD = 0.61$) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากความเสื่อมตามวัย กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่าหนึ่งโรค เมื่อเทียบสุขภาพกับคนอื่นในวัยเดียวกัน จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42) คิดว่ามีสุขภาพเหมือนกับคนอื่น และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีสุขภาพเหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 มีอาการแสดงโรคที่เห็นได้ชัดจากการมีของเสียคั่งในร่างกาย ส่งผลให้มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า แต่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) จึงคิดว่าปัญหาสุขภาพในปัจจุบันส่งผลเล็กน้อยถึงปานกลางให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้

ถึงแม้ยังไม่พบการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยมาก่อน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษา Sriyuktasuth (2002) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรค SLE ในประเทศไทยจำนวน 160 ราย ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และได้ใช้แบบสอบถามของ 4 – item Self- Rate Health Scale Sub index of the Philadelphia Geriatric Center Multilevel Assessment Inventory (MAI) ฉบับภาษาไทยในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.81$, $SD = 2.16$) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 93.07$, $SD = 8.66$) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 69 - 111 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม

อยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน) อธิบายได้ว่า โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ จะเริ่มมีอาการของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีความดันโลหิตสูงทำให้ปวดศีรษะ มีภาวะซีด ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (ทวี ศิริวงศ์, 2548) อาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหารหวาน อาหารเค็ม จำกัดอาหารโปรตีน และไขมัน การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มสุรา ต้องได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพ และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในการควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ควบคุมไขมันในเลือด ทั้งยังต้องหลีกเลี่ยงสารหรือยาที่มีพิษต่อไต เพื่อชะลอความเสื่อมของไต (ทวี ศิริวงศ์, 2548; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Hurst & Thomas, 2008)

การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย (Auer, 2008) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 230 ราย ของยุวดี ชีระศิลป์ (2547) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 83.79$, $SD = 11.59$, Range 42-116) ถึงแม้ว่าในเมืองไทยยังไม่พบการศึกษาที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่อย่างไรก็ดีจากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 110 ราย ของจิราภรณ์ ชวงค์ (2545) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดย Ferrans & Powers (1993) ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะไตวายเรื้อรัง และระยะยูรีเมียมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำที่สุด และมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงที่สุด

เมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 22.91$, $SD= 2.82$, Range 14-29) อธิบายได้ว่าเกิดจากการดำเนินโรค และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวในข้างต้น พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 22.13$, $SD= 2.63$, Range 15-27) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 11.44$, $SD= 1.32$, Range 8-14) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน เดินรอบๆบ้าน การดูโทรทัศน์ ฟังธรรม สวดมนต์ อ่านหนังสือ ทำบุญตักบาตร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร , 2552) กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวค่อนข้างดี มีโอกาสได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกตามความสมควร จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเกือบถึงระดับดี และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง มีภูเขา และมีแม่น้ำไหลผ่าน มีต้นไม้ค่อนข้างอุดมสมบูรณ์ สังคมยังมีลักษณะเป็นสังคมชนบททั้งเมือง ที่อยู่อาศัยไม่แออัด จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M= 30.30$, $SD= 3.10$, Range 22-38) ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของยุวดี ชีระศิลป์ (2547) ซึ่งใช้เครื่องมือวัดเช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็นรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 24.6$, $SD= 4.26$, Range 13-35) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 22.05$, $SD= 3.96$, Range 7-30) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 10.03$, $SD= 1.98$, Range 5-15) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M= 27.34$, $SD= 4.08$, Range 16-39) ซึ่งผลการศึกษามีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยมีตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต ถูกนำเข้าสู่สมการความถดถอยเชิงพหุพร้อมกัน ผลการวิเคราะห์

พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ผลการศึกษาสนับสนุนกรอบแนวคิดในการวิจัยบางส่วน อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ลดลง และส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในท้ายที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans et al., 2005) อย่างไรก็ดี นอกจากปัจจัยด้านเพศ อายุ อัตราการครองชีพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ อาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ แต่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 32.3

จากผลการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงตัวแปรเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390$, $p = .000$) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอาการตาม กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อย อ่อนเพลีย นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์บ่อยขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gutch และ Stoner (1983) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ลดลง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีสาเหตุมาจากการเกิดความวิตกกังวล หรือเกิดภาวะซึมเศร้า (Gutch & Stoner, 1983 อ้างใน เพียงดาว จุลบาท, 2551) และใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Shilder et al., 1998) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Garcia et al., 2010; Park et al., 2010; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007; Shilder et al., 1998)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกาย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = .223$, $p = .051$) รองลงมาจากภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดีผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .373$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้นจนไม่สามารถขับของ

เสียออกจากร่างกายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูริเมีย คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นรับรสชาติอาหารลดลง เบื่ออาหาร รู้สึกง่วงซึม สับสน มีความดันโลหิตสูงจากการกระตุ้นการหลั่งสารเร็นิน อาจมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ไตสร้างฮอร์โมนในการสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อยลง เกิดภาวะซิด ผลกระทบของการดำเนินโรคส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม หรือมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายลดลง ย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน ใกล้เคียงกับผลการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (McClellan et al., 2010) นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ Karnofsky Performance Scale (KPS) ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางกาย อาจมีความไวต่อการประเมินค่อนข้างต่ำ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีระดับภาวะการทำหน้าที่ทางกายคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจมีผลให้การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อนำเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว

จากผลการศึกษา พบว่า เพศ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลตามกรอบแนวคิด ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.017$, $p = .865$ และ $\beta = .050$, $p = .637$ ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีจำนวนเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกัน และอายุมีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีหลักฐานในชีวิตที่ดี รู้สึกมั่นคงปลอดภัย (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างในนัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535) จึงอาจส่งผลให้เพศ และอายุไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ได้แก่ อัตราการกรองของไต พบว่าอัตราการกรองของไตไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = -.009$, $p = .931$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เริ่มมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนแล้ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี เช่น มีระดับความเข้มข้นในเลือด และระดับอัลบูมินลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังไม่มีอาการที่ชัดเจนจนสามารถจำแนกระดับอัตราการกรองของไตที่ลดลงได้ จะเห็นได้จากผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพียงบางครั้ง และกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รับรู้ว่าสุขภาพของตนไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น และไม่แตกต่างจากภาวะสุขภาพของปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจมีผลให้การเปลี่ยนแปลงของอัตราการครองของไตไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlman และคณะ (2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้แบบประเมินของ SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการครองของไต และคุณภาพชีวิต

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .399, p < .01$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย เป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไป และหากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Ferrans et al., 2005) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Syk และคณะ (2012) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดหอบในประเทศสวีเดน อย่างไรก็ดีเมื่อนำการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .079, p = .477$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และตัวแปรอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.532, p < .01$) และภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ($r = .466, p < .01$) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อัตราการครองของไต ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ผลการศึกษานับสนับสนุนกรอบแนวคิดในการวิจัยบางส่วน เนื่องจากพบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว คือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านอาการ ดังนั้นภาวะซึมเศร้า จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพ

พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ควรตระหนักถึงความสำคัญในการ คัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ การวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถ ปรับตัวอยู่กับการดำเนิน โรคและการรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาวะที่ดีต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Corelational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ Conceptual Model of Health-related Quality of Life และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีอัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. โดยค่าอัตราการกรองของไตได้จากคำนวณโดยใช้ระดับซีรุ่มครีเอตินิน เพศ อายุและเชื้อชาติมาคำนวณโดย MDRD calculator program รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) โดยผู้ป่วยที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. หรือผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ซึ่งคะแนนรวมต้องมากกว่า 23 คะแนน และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งทุกชนิดในทุกระยะ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรระดับปานกลาง (moderate effect size) (R^2) เท่ากับ 0.13 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา (ยวดี ธีระศิลป์, 2547) มีจำนวนตัวแปรอิสระ (k) เท่ากับ 6 ตัวแปร นำมาคำนวณตามสูตร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 2.3) แบบสอบถาม

ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย 2.4) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม 2.5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่เป็นที่ยอมรับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวมเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ .89 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวมเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ .87 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 18 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนการทำหน้าที่ทางกาย คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 22 – 94 ปี อายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD=11.67) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 52) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา: กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61) โรคเกาต์ (ร้อยละ 24) มีเพียงหนึ่งราย (ร้อยละ 1) ที่มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55) มีระดับ Hematocrit น้อยกว่า 33 % กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 41) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 30) และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 29) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 93) ได้รับยาต้านโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยากลับ Angiotensin converting enzyme

inhibitors (ACE inhibitors), Angiotensin receptor blockers (ARB) ตามแนะนำของ KDOQI guideline (2002)

3. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ ($M = 11.12$, $SD = 7.29$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน) ทั้งนี้เมื่อจำแนกระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 82 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 13 และมีภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5

4. ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ($Median = 70$, $M = 73.10$, $SD = 10.89$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 50 คะแนน และช่วงคะแนนสูงสุดเท่ากับ 90 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน)

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.54$, $SD = 1.97$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน ช่วงคะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 4 – 13 คะแนน)

6. คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 93.07$, $SD = 8.66$) โดยมีช่วงคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 69 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 111 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน) เมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตออกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

7. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390$, $p = .000$)

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

6.1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดไต และ

ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีสุขภาพที่ดี

6.1.2 ด้านการศึกษา

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยการให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต แก่ทีมสุขภาพ รวมถึงนักศึกษาพยาบาล และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

6.1.3 ด้านการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

6.2 ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่มีลักษณะแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) เนื่องจากปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้มีเพียงภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยด้านอาการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอำนาจการทำนายค่อนข้างน้อย ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคล อัตราการกรองของไตซึ่งเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยาอื่นๆ เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด

ระดับอีมาโตรคริต ภาวะโรคร่วม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2) ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่นอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตกลุ่มอื่นๆ ได้มากขึ้น

3) ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

รวิวรรณ พงศ์พิพัฒน์ 5236479 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรวรรณ ศรีบุญดุษฎ, D.S.N., จงจิต เสน่หา, Ph.D.(Nursing),
นพพร ว่องสิริมาศ, ปร. ค. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อย แม้ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ชัดเจน แต่จากการประมาณตัวเลขของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้นประมาณ 100,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3- 5 (คณะกรรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง, 2547 อ้างในอรอดพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) และยังไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลดังกล่าวทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ดีทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยยืดระยะเวลาและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะเรื้อรัง มีภาวะชืด เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีอาการบวมตามอวัยวะต่างๆ เนื่องจากไตไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (ทวี ศิริวงศ์,

2548) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ร่วมกับการควบคุมโรคต้นกำเนิด เช่น ควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันเลือด เป็นต้น เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับอายุรแพทย์โรคไตในระยะเวลาที่เหมาะสม (ทวี ศิริวงศ์, 2548; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Auer, 2008) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังนั้น ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Mapes et al., 1999; Perlman et al., 2005; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007)

Ferrans และคณะ (2005) ได้เสนอ Conceptual Model of Health-related Quality of Life โดยกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้าน และปัจจัยด้านการรับรู้ ภาวะสุขภาพโดยรวมและมีปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงของระดับเซลล์หรืออวัยวะ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยนั้น มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบจำลองนี้ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)

อย่างไรก็ดี จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละปัจจัยของ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2545; Fukuhara et al., 2007; McClellan, et al., 2010; Park et al., 2010; Shilder, Peterson, & Kimmel, 1998) จึงนำไปสู่ความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาพที่ดี

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

3. สมมุติฐานการวิจัย

เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาท./1.73 ตร.ม. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดในทุกกระยะ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต จะไม่ถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรระดับปานกลาง (moderate effect size) (R^2) เท่ากับ 0.13 มีจำนวนตัวแปรอิสระ (k) เท่ากับ 6 ตัวแปร นำมาคำนวณตามสูตร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ระดับครีเอทีนินในกระแสเลือด อัตราการกรองของไต โรคประจำตัวอื่นๆที่พบร่วม และยาที่รับประทานเป็นประจำ

2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies (Radloff, 1977) ฉบับภาษาไทย แปลโดยอุมาพร ตรังคมบัติ และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ก่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมากหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูง

3) แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Karnofsky Performance Scale (KPS) พัฒนาโดย Karnofsky และคณะ (1948) ฉบับภาษาไทย แปลโดยอำนาจพร อาษานอก (2549) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVD) เท่ากับ 1 คำตอบมีลักษณะเป็น มาตราส่วน 11 ระดับเริ่มตั้งแต่ 0 และเพิ่มขึ้นครั้งละ 10 คะแนนจนถึง 100 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ดี

4) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของ 4 – item Self- Rate Health Scale พัฒนาโดย Lawton และคณะ (1982) ฉบับภาษาไทย แปลโดยอรพณ ศรียุกตศุทธ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ค่าคะแนนรวมอยู่ใน ช่วง 4-13 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงหมายถึง การรับรู้สุขภาพดี

5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 5 ระดับคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าคะแนน 26 -130 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

6) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 6 หัวข้อย่อย 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 (นิพนธ์ พงวารินทร์ และคณะ, 2536) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบทดสอบมาใช้ประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า

15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หากพบว่ามีคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ซึ่งเป็นหนึ่งในเกณฑ์การคัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย

4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่เป็นที่ยอมรับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient) จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .89 ตามลำดับ

4.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุตสายพยาบาลศาสตร์ และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม 2554 ดังนี้

1) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไต ให้เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด และแจ้งต่อผู้ป่วยที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย

2) จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจ และ แจ้งสิทธิในการตัดสินใจ เข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ

3) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยรวม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา ส่วนแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่

ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง โดยประเมินจากการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับอาการของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจค่าคะแนนของแบบสอบถามทันที พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13 รายมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระดับ 16 - 28 คะแนน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้คำปรึกษา และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต และพบผู้ป่วยจำนวน 5 รายมีค่าคะแนนสูงกว่า 28 คะแนน ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต แจ้งพยาบาลประจำคลินิก และแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับจิตแพทย์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 18 โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression)

5. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 22 – 94 ปี อายุเฉลี่ย 69.37 ปี (SD=11.67) ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 52) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 69 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรครวมมากกว่า 1 โรคโดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61) โรคเกาต์ (ร้อยละ 24) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55) มีระดับ Hematocrit น้อยกว่า 33 % กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 41) รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (ร้อยละ 30) และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 29) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ($M = 11.12$, $SD = 7.29$) ทั้งนี้เมื่อจำแนกระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 13 และมีภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ($Median = 70$, $M = 73.10$, $SD = 10.89$) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.54$, $SD = 1.97$) คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 93.07$, $SD = 8.66$)

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390$, $p = .000$)

6. อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 93.07$, $SD = 8.66$) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 69 - 111 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน) อธิบายได้ว่า โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่จะเริ่มมีอาการของโรค เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีความดันโลหิตสูงทำให้ปวดศีรษะ มีภาวะซีด ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (ทวี ศิริวงศ์, 2548) อาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อชะลอความเสื่อมของไต (ทวี ศิริวงศ์, 2548; อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550; Hurst & Thomas, 2008) การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย (Auer, 2008) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของยุวดี ธีระศิลป์ (2547) ที่ได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF- THAI) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 83.79$, $SD = 11.59$, Range 42-116) ถึงแม้ว่าในเมืองไทยยังไม่พบการศึกษาที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่อย่างไรก็ดีจากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช จำนวน 110 ราย ของจิราภรณ์ ชูวงศ์ (2545) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ใช้

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดย Ferrans & Powers (1993) ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะไตวายเรื้อรัง และระยะยูรีเมียมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาอิทธิพลของเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ผลการศึกษานับสนับสนุนกรอบแนวคิดในการวิจัยบางส่วน อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ลดลง และส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในท้ายที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans, et al., 2005) อย่างไรก็ตามนอกจากปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ อาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ แต่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 32.3

จากผลการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงตัวแปรเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390$, $p = .000$) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอาการตาม กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของโรค และยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์ บ่อยขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gutch และ Stoner (1983) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ลดลง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีสาเหตุมาจากการเกิดความวิตกกังวล หรือเกิดภาวะซึมเศร้า (Gutch & Stoner, 1983 อ้างใน เพียงดาว จุลบาท, 2551) และใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Shilder et al., 1998) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Garcia et al., 2010; Park et al., 2010; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007; Shilder et al., 1998)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกาย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = .223$, $p = .051$) รองลงมาจากภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .373, p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้นจนไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย มีความดันโลหิตสูงจากการกระตุ้นการหลั่งสารเรนิน อาจมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง มีภาวะชีด ผลกระทบของการดำเนินโรคส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้ดังเดิม หรือมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายลดลง ข่มขู่ส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน โกล้เคียงกับผลการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (McClellan et al., 2010)

จากผลการศึกษา พบว่า เพศ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลตามกรอบแนวคิด ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.017, p = .865$ และ $\beta = .050, p = .637$ ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีจำนวนเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกัน และอายุมีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีหลักฐานในชีวิตที่ดี รู้สึกมั่นคงปลอดภัย (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างในนัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535) จึงอาจส่งผลให้เพศ และอายุไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ได้แก่ อัตราการกรองของไต พบว่าอัตราการกรองของไตไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = -.009, p = .931$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เริ่มมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนแล้ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ เช่น มีระดับความเข้มข้นในเลือด และระดับอัลบูมินลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการที่ชัดเจนจนสามารถจำแนกระดับอัตราการกรองของไตที่ลดลงได้ จะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพียงบางครั้ง และกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รับรู้ว่าสุขภาพของตนไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น และไม่แตกต่างจากภาวะสุขภาพของปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจมีผลให้การเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไตไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ

Perlman และคณะ (2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้แบบประเมินของ SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิต

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .399, p < .01$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย เป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไป และหากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพที่ไม่ดี ก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Ferrans et al., 2005) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Syk และคณะ (2012) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดหอบในประเทศสวีเดน อย่างไรก็ตามเมื่อนำการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .079, p = .477$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และตัวแปรอื่นๆในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.532, p < .01$) และภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ($r = .466, p < .01$) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2) ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีสุขภาพที่ดี
- 3) ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

8. ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่มีลักษณะแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

9. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) เนื่องจากปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้มีอำนาจการทำนายค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยาอื่นๆ เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด ระดับฮีมาโตคริต ภาวะโรคร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ แต่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2) ควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่นอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของผลการศึกษา และการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มประชากรอื่นๆ
- 3) ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นระยะ

FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN PRE- DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

RAWEewan PONGPOOTTIPATCHARA 5236479 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISERS COMMITTEE: AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.,
CHONGJIT SANEHA, Ph. D. (NURSING), NOPPORN VONGSIRIMAS, Ph. D.
(NURSING)

EXTENDED SUMMARY**1. Background and Significance of the Issue**

Chronic kidney disease is a common ailment. Although there is currently no definitive data available in Thailand on pre- dialysis chronic kidney disease patients in 2005, the Nephrology Society of Thailand estimated the incidence of chronic kidney disease to be 100,000 cases per year whereby most patients are diagnosed with stage 3-5 (Sub-Committee on Chronic Renal Failure Prevention, 2004, cited in Attapong Wongwiwat, 2007). According to the aforementioned data, the number of pre- dialysis chronic kidney disease patients is estimated as the group with the highest number and greatest significance. If this group of patients receives proper medical care and self-care, complications, incidence, mortality rate and expenses can all be reduced, and the number of patients receiving renal replacement therapy can also be reduced.

Patients with chronic kidney disease face physical changes, such as loss of appetite, nausea, weight loss, chronic headache, anemia and edema due to the kidney's inability to remove excessive amounts of fluid from the body. Once the illness progresses to the end stage, the patient would be given renal replacement therapy (Thawee Siriwong, 2005). Treatment guidelines are aimed at changing patients'

lifestyles in conjunction with control of the original disease, e.g., blood pressure, blood glucose and cholesterol levels, in order to delay kidney deterioration and refer patients to nephrologists within a suitable amount of time (Thawee Siri Wong, 2005; Attapong Wongwiwat, 2007). Complicated treatment, frequent meetings with medical personnel, high treatment costs, patient requirements for care and greater dependence on family members, colleagues and health personnel and modifications in lifestyle affect both the patient's roles and responsibilities and the patient's changes in life goals, causing the patient to develop stress, fear, anxiety and depression (Auer, 2008). As it appears, chronic kidney disease results in physical, mental, social and economic impacts on patients while further reducing the patient's quality of life (Attapong Wongwiwat, 2007). The literature review revealed that the quality of life of patients with chronic kidney disease is inferior to that of the general population (Mapes et al., 1999; Perlman et al., 2005; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007).

Ferrans and colleagues (2005) proposed Conceptual Model of Health-Related Quality of Life developed from Wilson and Cleary model for health-related quality of life by referring to the direct and indirect factors influencing a patient's quality of life. Three direct factors are characteristics of the individual characteristics of the environment and general health perceptions. Furthermore, factors indirectly influencing quality of life are biological function, which affects symptoms then functional status and general health perceptions with quality of life. In this study we focus in person's physical function that one of functional status. In other words, when a person is sick or when there are changes at the cellular or organ levels, physiological changes as well as presenting symptoms occur, thereby affecting the person's physical functionality, which further affects the person's health perception and quality of life, which is the end result of this model (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005).

According to the review of research on quality of life in patients with chronic illness and patients with chronic kidney disease, the researcher found correlations between each factor, i.e. biological factor, symptoms, functional status and quality of life. (Choowong, J., 2545; Fukuhara et al., 2007; McClellan, et al., 2010; Park et al., 2010; Schilder, Peterson, & Kimmel, 1998) Thus, the researcher was interested in studying the quality of life and factors influencing quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients, i.e. age, gender, glomerular filtration

rate, depression, physical function and general health perceptions, in order to promote the patients' quality of life. So they can adapt to prolonged illness and treatment while maintaining good health condition.

2. Research Objectives

- 1) To study the quality of life in pre- dialysis chronic kidney disease patients
- 2) To study the factors influencing quality of life in pre- dialysis chronic kidney disease patients, i.e. gender, age, glomerular filtration rate, depression, physical function and general health perceptions.

3. Hypothesis

Gender, age, glomerular filtration rate, depression, physical function and general health perceptions are factors influencing quality of life life in pre- dialysis chronic kidney disease patients.

4. Research Methodology

This research was a correlational predictive design. The sample group in this study comprised male and female patients aged 18 years old and up with diagnosis of chronic kidney disease and who have not undergone renal replacement therapy. The subjects had GFR lower than 60 ml/min/1.73 m², good consciousness, ability to communicate, no cognitive impairment and came to receive services at the Kidney Disease Clinic, Out Patient Department, Suranaree Hospital, Nakhonratchasima Province. Patients diagnosed with any type of cancer of any stage or any mental illness were excluded from this study. The sample size was acquired by power analysis for a multiple regression table (Polit & Beck, 2008) with a power of test set to .80, reliability = .05, moderate effect size, $R^2 = 0.13$, number of independent variables

(k) = 6 and calculated using the formula. Data were collected from a sample group comprising 100 subjects.

4.1 Research Instrumentation

1) Demographic data questionnaires, i.e. gender, age, marital status, level of education, occupation, average income, income sufficiency, medical privilege, blood creatinine, glomerular filtration rate, other comorbidities and medication taken regularly.

2) The Thai version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) developed by the Center for Epidemiologic Studies (Radloff, 1977) translated by Umapon Trunkasombat and colleagues (1997) containing 20 questions with a 4-level rating scale (never, rarely, often, frequently) and a scoring range from 0 – 60 in which higher scores indicated higher levels of depression.

3) The Thai version of the Karnofsky Performance Scale (KPS) developed by Karnofsky and colleagues (1948) translated by Umnuyaypon Asanok (2006) with a content validity index (CVI) = 1 and 11-level rating scale with scores ranging from 0 to 100 points on an increment of 10 points in which a high score indicated good physical function.

4) The Thai version of a general health perceptions using a 4-item Self-Rate Health Scale developed by Lawton and colleagues (1982) translated by Aurawamon Siyooktasut (2002) and containing 4 multiple choice questions with scores ranging from 4 to 13 points in which a high score indicated good health perceptions.

5) The Thai version of the WHO's quality of life brief questionnaire (WHOQOL-BREF – THAI) translated by Suwat Mahatnirankul and colleagues (1997) containing 20 questions with 5-level rating scale (not at all, slightly, moderately, a lot, most) and scores ranging from 26 to 130 points in which high scores indicated good quality of life.

6) The Thai Mental State Examination (TMSE) with a total score of 30 points and containing 6 sub-headings – 1) Orientation, (6 points); 2) Recognition (3 points); 3) Attention (5 points); 4) Calculation (3 points); 5) Language (10 points) and 6) Recall (3 points) (Puangwarin and colleagues, 1993). In this research, the test was

used to assess perception abnormality of sample groups with GFR low than 15 ml/min/1.73 m² or patients 60 years or older. Scores of 23 points or lower indicated the patients had developed cognitive impairment which was exclusion criteria.

4.2 Checking Instrument Quality

The questionnaires used in this research are widely accepted and used in the chronic illness population as well as in patients with chronic kidney disease. The researcher tested for reliability of the questionnaires on depression, general health perceptions and quality of life in 30 patients with characteristics similar to the sample group. The data obtained were then used to find reliability from the following Cronbach's Coefficient Alfa values: questionnaire on depression was 0.87; the general health perceptions was 0.80 and the questionnaire on quality of life was .89.

4.3 Data Collection Methodology

When the research project was certified by the Institutional Review Board on Ethics for Research in Human Subjects, Faculty of nursing Mahidol University, and permission was issued for data collection at Suranaree Hospital, Nakhonratchasima Province. The researcher collected data during September – December 2011 as follows:

- 1) The researcher requested the staff nurses assigned to the Kidney Disease Clinic to screen patients with characteristics set by the researcher and notify the patients who were interested and willing to participate in the study so the researcher and the patients could meet.

- 2) Next, the researcher met with the patients to introduce herself and inform the patients of the research objectives and procedures. The researcher then requested permission to use the patient's medical records for personal data collection. The researcher asked the patients about their willingness to participate and notified the patients of their rights as shown in the slip on protecting the rights of the sample group.

- 3) The researcher collected data from the patients while they were waiting for the doctor by having the patients complete the questionnaires on demographic data, depression, general health perceptions and quality of life with no time limitations. As

for the questionnaire on physical function, the researcher performed the evaluation by asking about daily routines and patients' symptoms. After the patients had answered the questionnaire on depression, the researcher checked the scores immediately. In all, 13 patients appeared to have depression scores between 16-28 points. The researcher provided initial assistance by offering advice and encouragement for living. Five patients had scores higher than 28 points. The researcher also offered them advice, risk assessment for self harm and encouragement for living. The researcher also notified the staff nurse assigned to the clinic who further notified the attending physicians for those cases so the patients could be referred to receive mental health advice from a psychiatrist. Next, the researcher used the data collected from the sample group in statistical analysis.

4.4 Data Analysis

Data analysis was performed using the SPPSS program (version 18) by analyzing the factors influencing quality of life of pre-dialysis chronic kidney disease by using enter multiple regression statistics.

5. Research Findings

The sample group in this study was aged 22-94 years old with an average age of 69.37 years old (SD = 11.67); 51% were males; 68% were married; 52% had primary school educational attainments; 56% was unemployed and 69% had incomes of less than 10,000 baht/month.

In all, 99% of the sample group had more than 1 of the following co-morbidities: high blood pressure at 92%, diabetes at 61% and gout at 24%, while 55% had hematrocrit levels lower than 33%. The majority of the sample group had Stage 4 chronic kidney disease (41%), followed by Stage 5 (30%) and Stage 3 (29%).

The sample group's average depression score was normal ($M=11.12$, $SD = 7.29$). When the sample group's level of depression was classified, 13% of the sample group was found to be slightly to moderately depressed and 5% were severely depressed. For physical status, the sample group's average score was at a level where

they were unable to work, but could stay at home, there were certain activities in which the subjects required help from other people (Median = 70, M=73.10, SD= 10.89). For general health perceptions, the sample group's average score was at a moderate level (M= 7.54, SD = 1.97). For quality of life, the sample group's average score was at a moderate level (M=93.07, SD = 8.66).

According to the results of the multiple regression analysis results, all independent variables were found to be able to jointly explain 32.3% of the sample group's variances in quality of life ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) with statistical significance ($p = .000$). Moreover, the only factor affecting quality of life with statistical significance was found to be depression ($\beta = -.390$, $p = .000$).

6. Discussion

The findings revealed the sample group's overall quality of life to be at a moderate level (M = 93.07, SD = 8.66) with scores ranging from 69 to 111 points (the scoring range for the questionnaire was 26 – 130 points). This finding may be explained in that chronic kidney disease is an incurable disease. When the kidney fails to function, symptoms such as nausea, loss of appetite, high blood pressure, headaches, anemia, exhaustion and proneness to fatigue begin to appear (Siriwong, 2005). These symptoms consequently lead to changes in the patient's ability to perform activities. The patients need to modify lifestyles in order to delay kidney deterioration (Siriwong, 2005; Wongwiwat, 2007; Hurst & Thomas, 2008). Physical changes, complicated treatment, frequent appointments with medical personnel, high medical costs, increased reliance of patients on the people around them in the family and at work as well as health personnel, and the change in lifestyle caused impacts on the patient's roles, responsibilities and life goals (Auer, 2008). The findings were similar to a study on the quality of life in patients with final stage chronic kidney disease conducted by Yuwadee Teerasilp (2004) who used the WHO's Thai version of quality of life brief assessment form (WHOQOL-BREF-THAI). Similar to this study, the aforementioned study found the quality of life of the sample group with final stage chronic kidney disease to be at a moderate level (M=83.79, SD = 11.59, Range

42=116). Although the use of WHOQOL-BREF- THAI have not been found to be used in the assessment of quality of life of pre-dialysis chronic kidney disease patients, the study of quality of life of 110 patients with chronic kidney disease treated at the Kidney Disease Clinic, Out-Patient Department, Trang Hospital and Nakhon Sri Thammarat Maharat Hospital conducted by Jirapon Chuwong (2002) used the quality of life questionnaire created by Ferrans & Powers (1993) to assess quality of life, finding patients with chronic kidney disease and patients with uremia stage to also have moderate quality of life.

According to studies on the effects of gender, age, glomerular filtration rate, depression, physical function and general health perceptions on quality of life of pre-dialysis patients, all independent variables could jointly explain 32.3% of the sample group's fluctuations in quality of life ($R^2 = .323$, $F_{(6, 93)} = 7.409$) with statistical significance ($p = .000$). The findings provide partial support for the conceptual framework of the study, which might be explained in that when the patients develop illness or pathological conditions to the point that symptoms and presenting symptoms begin to appear, the patients must continue to receive treatment. Patients may have side effects or complications from the treatment, consequently preventing them from performing activities as usual. Their ability to perform duty declined and perceived illness or health condition changed. This eventually puts an impact on the patients' happiness and satisfaction in life or quality of life (Ferrans, et al, 2005). Regardless, in addition to the factors examined in this study, environmental factors, individual factors, biological factors and factors involving other symptoms which were not covered in this study, but also influence quality of life might have been the reason the independent variables in this study were able to be combined in predicting variances in quality of life at only 32.3 percent.

According to the findings, depression was the only factor with statistically significant influence on quality of life ($\beta = -.390$, $p = .000$), which was a symptomatic factor in line with the conceptual framework in this research. This finding may be explained in that patients are confronted with changes of symptoms and presenting symptoms of the disease when illness occurs and must continue to receive care in conjunction with behavioral modification to delay kidney deterioration. Patients need to rely more on the people around them and medical staff, which consequently leads to

depression and affects satisfaction regarding life or quality of life. This finding concurred with the study of Guth and Stoner (1983) who found declines in quality of life in hemodialysis patients to stem from anxiety or depression (Guth & Stoner, 1983, cited in Julabat, 2008). Moreover, the finding is similar to previous findings that depression is negatively correlated with quality of life in pre-dialysis patients (Shidlder et al., 1998) and patients with chronic kidney disease receiving renal replacement therapy (Garcia et al., 2010; Park et al., 2010; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007; Shilder et al., 1998).

The findings of this study revealed physical function to be a factor affecting the sample group's quality of life ($\beta = .223$, $p = .051$) followed by depression, but with no statistical significance. However, it was found to be correlated with quality of life with statistical significance ($r = .373$, $p < .01$). The aforementioned finding may be explained in that patients develop uremia when the kidney loses its function to the point that it is unable to filter impurities from the body and this condition leads to high blood pressure from the triggering of renin secretions. Chronic headaches are a potential consequence and the kidney's red blood cell production may be decreased, thereby causing the condition of anemia. The impacts of the illness cause patients to be exhausted and prone to fatigue in addition to their inability to perform the activities of daily living. Patients' declining functionality also affects the patient's happiness, satisfaction in life or quality of life. This finding concurs with the findings of previous research exploring functionality in patients with chronic kidney disease which suggest declining physical function to be correlated with declining quality of life in patients with chronic kidney disease (McClellan et al., 2010).

According to the research findings, gender and age, which were personal factors according to the conceptual framework, had no statistically significant effects on the sample group's quality of life ($\beta = -.017$, $p = .865$ and $\beta = .050$, $p = .637$, respectively). This finding may be due to the fact that the sample group shared similar characteristics, namely, the number of females and males were similar and 98% of the sample group was older than 40 years old which was middle to old age; 76% were unemployed, staying with children and receiving care from family members with good foundations in life, stability and security (Jinanggoon, 1997, cited in Pipatwanitcha, 1992). This finding may have been the reason gender and age had no effect on quality

of life with no statistical significance. The aforementioned finding concurred with the study of Pipatwanitcha (1992) which found age to not be correlated with quality of life in patients with chronic kidney disease treated by hemodialysis.

With regard to findings concerning biological function, such as glomerular filtration rate, GFR was not found to have any effect on the sample group's quality of life ($\beta = -.009$, $p = .931$). This finding that does not support the set hypothesis. The findings reveal the sample group's physical function to be at the level where they were able to help themselves, even though they required help from the people around them at certain times. The sample group also had a moderate level of perceived overall health, perceiving that their health was no different from that of others and no different from the previous year. This might cause the GFR to have no effect on the subjects' quality of life. This finding concurred with the study of Perlman and colleagues (2005) who studied factors related to quality of life in patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy, using the SF-36 assessment form. In assessing quality of life, GFR and quality of life were found no correlation.

The findings suggest general health perceptions to be positively correlated with quality of life with statistical significance ($r = .399$, $p < .01$), possibly because general health perceptions is the perception of the person's general health condition by synthesizing diversity of the entire health condition. Moreover, it is an objective and the perception of a person's health condition which differ from one another. If a person perceives that his/her health is not well, the patient's quality of life tends to be affected (Ferrans et al., 2005). This finding was similar to the findings from the study of Syk and colleagues (2012) who discovered general health perceptions to be correlated with quality of life in asthmatic patients in Sweden. However, when general health perceptions was analyzed using enter multiple regression statistics, general health perceptions was found to have no effect on quality of life in the sample group with statistical significance ($\beta = .079$, $p = .477$). When the correlations between general health perceptions and other variables were considered, general health perceptions continued to correlate with other variables with statistical significance, i.e. depression ($r = -.532$, $p < .01$) and physical function ($r = .466$, $p < .01$), which might have been the reason general health perceptions was found to have no effect on quality of life with no statistical significance.

7. Recommendations for Implementing the Findings

- 1) Health teams caring for patients should be aware of the importance evaluating depression and quality of life for patients.
- 2) The findings can be used as nursing practice guidelines in order to promote quality of life in this group of patients so they are able to live with illness and prolonged treatment with good health conditions.
- 3) The finding results can be used as guidelines for developing experimental research to promote quality of life in pre-dialysis patients.

8. Research Limitations

The sample group in this study comprised pre- dialysis patients who came to receive treatment at the Kidney Disease Clinic, Out Patient Department, Suranaree Hospital, Nakhonratchasima Province. Thus, the implementation of the research findings might be limited in reference to pre-dialysis patients with different characteristics from this research.

9. Recommendations for Future Research

- 1) Because the factors in this study had low predicting power, studies should be conducted on other biological factors, such as albumin levels, hematocrit levels, co-morbidities and environmental factors not covered in this study, but potentially affecting the quality of life of pre-dialysis patients.
- 2) Studies should be conducted on topics similar to the topic of the current study and repeated in pre-dialysis patients treated in-patient wards for patients residing in communities in order to build the reliability of the research findings and in order to use the research findings in other population groups.
- 3) Studies should be conducted on depression and quality of life in pre-dialysis patients in order to periodically follow up on the patients' quality of life.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). แบบทดสอบสุขภาพจิต: แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2554, จาก <http://www.nph.go.th/test/depression/depression.html>.
- กรวรรณ ปานแพ. (2553). ประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). การใช้ SPSS For windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- ก่องกานดา ชยามฤต. (2548). ลักษณะประจำวงศ์พรรณไม้. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัทธิดา อุดดี. (2540). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อปอดเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราภรณ์ ชวงค์. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดุสิต สุจิรารัตน์, ญัฐจาร พิชัยณรงค์, และวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. (2547). คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 1, 7-17.
- ทวี ศิริวงศ์. (2548). กลเม็ดเคล็ดลับ ทำอย่างไรไตไม่วาย. (พิมพ์ครั้งที่ 3.). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไต.
- ธันดา ตระการนิช. (2551). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและแนวทางการรักษา. ใน ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (บรรณาธิการ), เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2551 "Cardiovascular Risk in Dialysis Patients", 3-4 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมปรีณพาลเดช กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไต.
- นพดล เตมียะประดิษฐ์, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์, และสุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2536). ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 11, 169-75.

- นพวรรณ พุกพบสุข. (2544). การหาค่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ คารากูตีมาประกรณ์. (2552). รูปแบบที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังประชากรกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45, 359-374.
- นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส. (2552). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป* (เล่ม 1). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2550). Overview of chronic kidney disease ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสันฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ติรณธนากุล, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, และเกรียง ตั้งสง่า (บรรณาธิการ.), *Textbook of hemodialysis* (หน้า 1-41). นครปฐม: เอ ไอ พรินติ้ง.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ: Health-related quality of life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2, 327-337.
- พัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรภาพของระบบขับถ่ายปัสสาวะ. ใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพพกุล, และพัสมนต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ.), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 8.). กรุงเทพฯ: บริษัท บุญศิริการพิมพ์.

- เพียงดาว จุลบาท. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ยุวดี ชีระศิลป์. (2547). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- ลีนา งามอายุทธ. (2550). ถิ่นานายกสมาคม. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ.), *Update on CKD prevention: Strategies and practical point* (พิมพ์ครั้งที่ 3.). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด และวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ.), *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).*
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552.* กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไลม์ (ไทย).
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). ข้อมูลสุขภาพ(ป่วย), สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2553 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อนุตร จิตตินันท์. (2547). Overview of pre-end stage kidney disease management in chronic kidney disease patients. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ.), *Nephrology* (หน้า 1352-1355). กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พลับลีเคชั่น.

- อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ.), *Update on CKD prevention: Strategies and practical point*. (พิมพ์ครั้งที่ 3., หน้า 43-56). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรรวมณ ศรียุคตสุทฐ, วันดี โตสุขศรี, พิสมัย ไฟทอง และอัจฉรา กุลวิสุทฐ. (2548). การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 23, 43-54.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อินทรา ทาเอื้อ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น, สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2554 จาก <http://www.dmh.go.th/test/cesd/cesd/>.
- Alpert, R., & Sakhaee, K. (1997). The clinical spectrum of chronic metabolic acidosis: Homeostatic mechanisms produce significant morbidity. *American Journal of Kidney Disease*, 29, 291-302.
- Amira, O. (2011). Prevalent of symptom of depression among patients with chronic kidney disease. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14, 460-463.
- Auer, J. (2008). Psychological perspective. In N. Thomas (Ed.), *Renal nursing* (3 ed., pp. 73-101). Philadelphia: Balliere Tindol.
- Brenner, B. M., Cooper, M. E., de Zeeuw, D., Keane, W. F., Mitch, W. E., Parving, H. H., Remuzzi, G., et al. (2001). Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *New England Journal of Medicine*, 345, 861-869
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.

- Canal, C., Pellicer, R., Rocha, C. I., Calero, F., Gracia, S., Montañés, R., et al. (2008). Tables for estimating glomerular filtration rate from plasma creatinine. *Nefrologia*, 28, 317-324.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain & Symptom Management*, 3, 186-192.
- Cella, D., & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement systems. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, s10-s17.
- Cohen, M. E., & Marino, R. J. (2000). The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*, 81, S21-29.
- DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patient assessed functional health status predicts continue survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Disease*, 30, 204-212.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342.
- Franch, H., & Mitch, W. (1998). Catabolism in uremia: Impact of metabolic acidosis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 9, s78-s81.
- Fukuhara, S., Yamazaki, S., Marumoto, F., Akiba, T., Akizawa, T., Fujimori, S., et al. (2007). Health-related quality of life of predialysis patients with chronic renal failure. *Nephron Clinical Practice*, 105, C1-8.
- Garcia, T. W., Veiga, J. P. R., Motta, L. D. C. D., José, F., Moura, D. d., & Casulari, L. A. (2010). Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 369-374.
- Go, A. S., Chertow, G. M., & Fan, D. (2004). Chronic kidney disease and the risk of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New England Journal of Medicine*, 351, 1296-1305.
- Harris, L. E., & Luft, F. C., & Rudy, D. W. (1993). Clinical correlation of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Disease*, 21, 161-166.

- Hawley, D.J. (2001) . Functional ability, health status, and quality of life. In: Dehoratius, .R.J. (Ed.), *Clinical Care in the Rheumatic Diseases*. Association of Rheumatology Health Professionals, Atlanta.
- Heiwe, S., & Jacobson, S. H. (2011). Exercise training for adults with chronic kidney disease [Abstract]. Retrieve July 25, 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003236.pub2/abstract>.
- Hogan, S. L., Vupputuri, S., Guo, X., Cai, J., Colindres, R. E., Heiss, G., & Coresh, J. (2007). Association of cigarette smoking with albuminuria the United States: The third national health and nutrition examination survey. *Renal Failure*, 29, 133–142.
- Hurst, J., & Thomas, N. (2008). Chronic kidney disease and pre dialysis care. In N. Thomas (Ed.), *Renal Nursing* (3 ed., pp. 135-147). Philadelphia: Balliere Tindol.
- Iseki, K., & Kohagura, K. (2007). Anemia as a risk factor for chronic kidney disease. *Kidney International*, 72, 54-59.
- Klarhr, S., Levey, A. S., Beck, G., Caggiula, A., Hunsicker, L., Kusek, J., et al. (1994). The effect of dietary protein restriction and blood pressure control on the progression of chronic renal disease. *New England Journal of Medicine*, 330, 877-884.
- Landreneau, K., Lee, K., & Landreneau, M. D. (2010). Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation: A meta-analytic review. *Nephrology Nursing Journal*, 37, 37- 45 .
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A reseach and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-97.
- Lenventhal, H., Meywer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, 2, 7-30.
- Lewis, E. J., Hunsicker, L. G., Clarke, W. R., Berl, T., Pohl, M. A., Lewis, J. B., et al. (2001). Renoprotective effect of the angiotensin - receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 345, 851–860.
- Levin, A., Hemmelgarn, B., Culeton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., et al. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1154-1162.

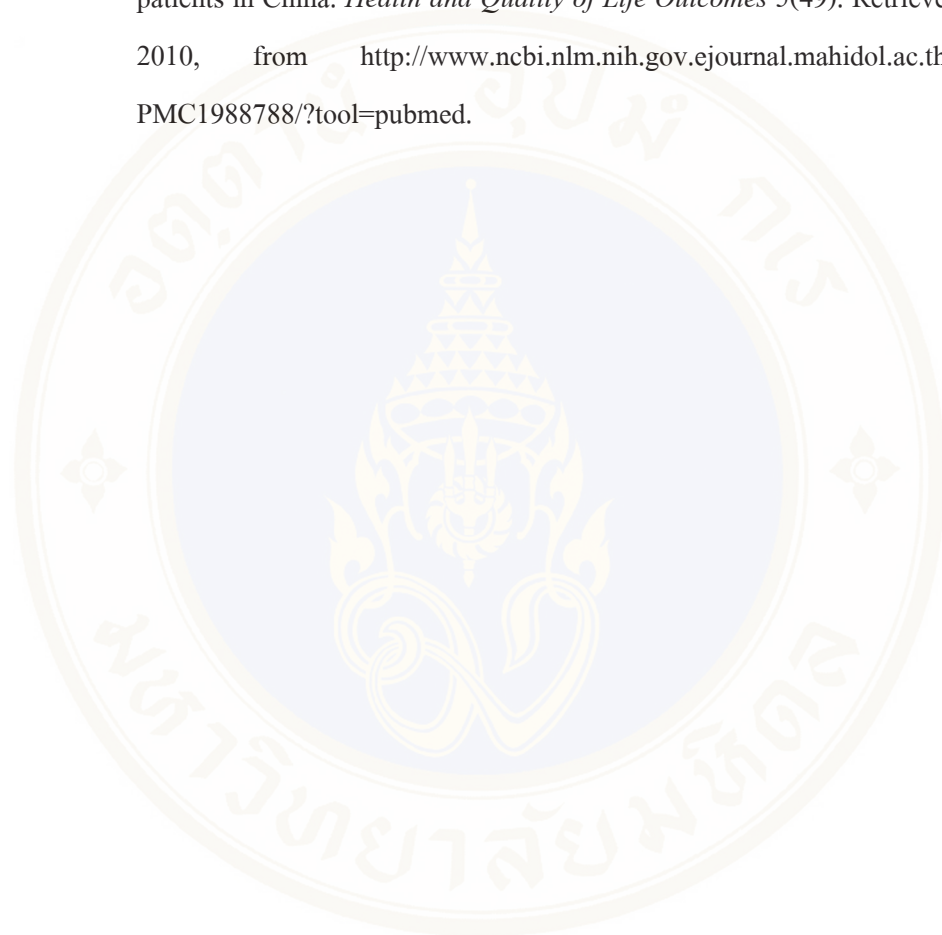
- Mapes, D. L., Bragg-Gresham, J. L., Bommer, J., Fukuhara, S., McKeivitt, P., Wikström, B., et al. (2004). Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases*, 44, 54-60.
- Mapes, D. L., McCullough, K. P., Meredith, D., Locatelli, F., Valderrabano, F., & Held, P. J. (1999). Quality of life predicts mortality and hospitalization for hemodialysis patients in the US and Europe. *Journal of the American Society of Nephrology*, 10, 294A.
- McClellan, W. M., Abramson, J., Newsome, B., Temple, E., Wadley, V. G., Audhya, P., et al. (2010). Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. *American Journal of Kidney Disease*, 31, 309-317.
- Moons, P., Budts, W., & Greest, S. D. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Murtagh, F. E. M., Addington-Hall, J. M., Higginson, I. J., Addington-Hall, J. M., & Higginson, I. J. (2011). End-stage renal disease: A new trajectory of functional decline in the last year of life. *Journal of American Geriatrics Society*, 59, 304-308.
- Murphy, F., Jenkins, K., McCann, M., & Sedgewick, J. (2008). Patient management in chronic kidney disease stages 4 to 5. *Journal of Renal Care*, 34, 191-198.
- Murphy, F., Jenkins, K., McCann, M., & Sedgewick, J. (2008). Patient management in CKD stages 1 to 3. *Journal of Renal Care*, 34, 127-135.
- National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 39, S1-S226.
- Ong-ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsu, P., & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *Biomedical Nephrology*, 10(35).
- Park, H. C., Yoon, H. B., Son, M. J., Jung, E. S., Joo, K. W., Chin, H. J., et al. (2010). Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Clinical nephrology*, 73, 374-380.

- Perlman, R. L., Finkelstein, F. O., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Eisele, G., et al. (2005). Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the renal research institute-CKD Study. *American Journal of Kidney Disease*, 45, 658-666.
- Porter, A. C., Vijil, J. C., JR., Unruh, M., Lora, C., & Lash, J. P. (2010). Health-related quality of life in Hispanics with chronic kidney disease. *Translational Research*, 155, 157-163.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Redmond, A., & McClelland, H. (2006). Chronic kidney disease: Risk factors, assessment and nursing care. *Nursing Standard*, 21, 48-55.
- Remuzzi, G., Ruggenenti, P., & Perico, N. (2002). Chronic renal disease: Renoprotective benefits of renin-angiotensin system inhibition. *Internal Medicine*, 136, 604 - 615.
- Rocco, M. V., Gassman, J. J., Wang, S. R., & Kaplan. M. (1997). Crossectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients the modification of diet of renal disease study. *American Journal of Kidney Disease*, 29, 888-896.
- Rothrocka, N. E., Haysb, R. D., Spritzerb, K., Younta, S. E., Rileyc, W., & Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 1195-1204.
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium collaborative research group. *New England Journal of Medicine*, 344, 3-10.
- Levey, A. S., & Schoolwerth, A. C. (2003). Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: A statement from American Heart Association Councils on kidney in cardiovascular disease , high blood pressure research, clinical cardiology, and epidemiology and prevention. *Circulation*, 108, 2154- 2169.
- Sayin, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39, 3047-3053.

- Sriyuktasuth, A. (2002). *Utility of Pender's model in describing health - promoting behaviors in Thai women with systemic lupus erythematosus*. Dissertation, University of Alabama at Birmingham.
- Stack, A. (2003). Impact of timing of nephrology referral and pre-ESRD care on mortality risk among new ESRD patients in the United State. *American Journal of Kidney Disease*, 41, 310-318.
- Syk, J., Alving, K., & Undén A-L. (2012). Association between self-rated health and asthma: A population-based study [Abstract]. *Clinical Respiratory Journal*, 6. Retrieve June 4, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ejournal.mahidol.ac.th/pubmed/21651750>.
- United Kingdom Registry. (2005). *Eight Annual Report*. Bristol: UK Registry.
- Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gómez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Disease*, 38, 443-464.
- Vongsirimas, N. (2008). *The relationship among depressive symptom severity in mothers, gender difference and depressive symptoms in Thai adolescents : the mediating role of life stress, social support, and self-esteem*. Thesis (Ph.D. (Nursing)), Mahidol University.
- Wang, T.-J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457-462.
- Watnick, S. (2009). Quality of life and depression in CKD: Improving hope and health. *American Journal of Kidney Diseases*, 54, 399-402.
- WHO. (1994). The development of the World health organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In O. J & Kunyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer-Verlag.
- WHO. (1997). *WHOQOL mesuring quality of life*. Retrieve December 6, 2010, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Wild, J. (2008). Peritoneal Dialysis. In N. Thomas (Ed.), *Renal nursing* (3 ed.). Philadelphia: Balliere Tindoa.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: Conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.

Zhang, A.-H., Cheng, L.-T., Zhu, N., Sun, L.-H., & Wang, T. (2007). Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health and Quality of Life Outcomes* 5(49). Retrieve December 6, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ejournal.mahidol.ac.th/pmc/articles/PMC1988788/?tool=pubmed>.





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

คำชี้แจง แบบสอบถามการวิจัยชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน.....

5. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานบริษัท

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน.....บาท

7. ความเพียงพอของรายได้

☐ เพียงพอเหลือเก็บ

☐ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

☐ ไม่เพียงพอ

8. สิทธิการรักษา

☐ ประกันสังคม

☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ เบิกต้นสังกัดข้าราชการ

☐ เบิกไม่ได้

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกซึมเศร้า

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นความรู้สึกที่อาจจะเกิดกับคุณได้ โปรดอ่านแต่ละข้อแล้วกา

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ไม่เลย หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดน้อยกว่า 1 วัน

นานๆ ครั้ง หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วัน

ค่อนข้างบ่อย หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วัน

บ่อยครั้ง หมายความว่า ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วัน

คำตอบเหล่านี้ไม่มี ถูก ผิด เป็นเพียงต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง 5-7 วัน	ค่อนข้าง บ่อย 3-4 วัน	นานๆ ครั้ง 1-2 วัน	ไม่เลย น้อยกว่า 1 วัน
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพของตัวท่านเอง

โปรดอ่านคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างละเอียดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ หน้าหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

I. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร

1. ไม่ดี
2. ปานกลาง
3. ดี
4. ดีมาก

II. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างใดเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

1. แย่ลงกว่าเดิม
2. เหมือนเดิม
3. ดีขึ้นกว่าเดิม

III. ท่านคิดว่าสุขภาพท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน

1. แย่กว่าคนอื่น
2. เหมือนกับคนอื่น
3. ดีกว่าคนอื่น

IV. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของท่านในขณะนี้ เป็นเหตุให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากน้อยแค่ไหน

1. มาก
2. เป็นบ้าง
3. ไม่เป็นเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่

ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย หรือรู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับปานกลาง หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
.						
.						
.						
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน?					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่การทำหน้าที่ทางกาย (สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

General category	Index	Special criteria
สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลพิเศษ	100	ปกติ ไม่มีโรค
	90	
	80	
ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่น	70	
	60	
	50	
ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการ ดูแลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการการ รักษา โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว	40	
	30	
	20	
	10	
	0	ตาย

สำหรับผู้วิจัย

1. ระดับครีเอตินินในกระแสเลือด..... mg/dL
2. ระดับอัตราการกรองของไต..... mL/min/1.73 m²
3. ระดับ Hematocrit.....% , Hemoglobin.....
4. โรคไตเรื้อรังระยะ.....
5. โรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่

☐	โรคเบาหวาน
☐	โรคความดันโลหิตสูง
☐	โรคหัวใจและหลอดเลือด
☐	อื่นๆ ระบุ.....
6. ยาที่รับประทานเป็นประจำ

.....

.....

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

1. Orientation (6 คะแนน) คะแนน
 - (1) วันนี้วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสฯ ฯลฯ) _____
 - (1) วันนี้วันที่เท่าไร _____
 - . _____
 - . _____
 - (1) คนที่เห็นในภาพมีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง) _____
2. Registration (3 คะแนน)
 - (3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่างโดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที _____
3. Attention (5 คะแนน) _____

ให้บอกวันอาทิตย์เสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)
4. Calculation (3 คะแนน)

ให้คำนวณ $100 - 7$ ไปเรื่อย 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิด ในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถามถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้ง $93 - 7$ ลองให้คำนวณครั้งต่อไป และ $86 - 7$ ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

 - (1) $100 - 7$ _____
 - (1) $- 7$ _____
 - (1) $- 7$ _____
5. Language (10 คะแนน)
 - (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา) _____
 - . _____
 - . _____
 - จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอน) ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
 - . _____
 - . _____
 - . _____
 - . _____
 - . _____
 - (1) กล้วยกับส้มเหมือนกัน คือ ผลไม้ , แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ _____

6. Recall (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 สิ่งที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง

- .
- .
- .



ภาคผนวก ข
คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรวิวรรณ ลมกิง

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

บ้านเลขที่ 563 หมู่ที่ 3 ตำบลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย
จังหวัดบุรีรัมย์

โทรศัพท์ 087- 2549079, 083-1578207

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต) โดยท่านจะได้รับการอธิบายให้ทราบถึงโครงการวิจัย และคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการก็ได้ หรือเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วจะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ และไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของท่านแต่อย่างใดในโรงพยาบาลแห่งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยนี้ทั้งสิ้น 100 คน ระยะเวลาในการทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัย คือ 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับการคั่งของของเสียในเลือด ความเข้มข้นของเลือด โรคประจำตัว และยาที่ท่านรับประทานประจำจากแฟ้มประวัติ จากนั้นประเมินความสามารถในกิจกรรมของท่าน 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามความรู้สึกซึมเศร้าจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมจำนวน 4 ข้อ และแบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที หลังจากท่านตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะบอกผลการประเมินแก่ท่าน และหากท่านมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ท่านจะได้รับการปรึกษาด้านสุขภาพจิตกับพบแพทย์เฉพาะทางต่อไป

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับโดยตรงเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านได้รับคัดกรองภาวะซึมเศร้าหากท่านมีภาวะซึมในระดับสูง ท่านจะได้รับการส่งต่อเพื่อได้รับการปรึกษาด้านสุขภาพจิตกับแพทย์เฉพาะทางต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านอาจเกิดอาการอ่อนล้า หรือรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านยังคงได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาววิวรรณ ลมกิ่ง หมายเลขโทรศัพท์ 087- 2549079, 083-1578207 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล

อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาววิวรรณ ลมกิง หมายเลขโทรศัพท์ 087- 2549079, 083-1578207 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการ

รักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัย ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(นางสาวรวิวรรณ ลมกึ่ง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทน

ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

เอกสารรองรับโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA.No.MU-IRB (NS) 2011/103.3108

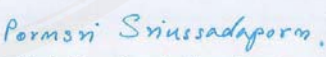
Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing)

Title of Project:	FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE IN PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS
Project Number:	MU-IRB (NS) 2011/18.0507
Principle Investigator:	Miss Raweewan Lomking
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) MU-IRB (NS) Submission form version received date 19 August 2011 2) Participant Information sheet version date 19 August 2011 3) Consent form for version date 19 August 2011 4) Questionnaire version received date 1 July 2011

Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval:	31 August 2011
Date of Expiration:	30 August 2012

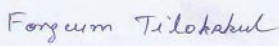
Signature of Chair:



(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing



(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing,
 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ง
เอกสารตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ



ที่ สธ ๐๔๑๐.๑๐๑/๑๖๕๕

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๗ เมษายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ สธ ๐๔๑๐.๐๕/๐๐๖๓/๕ ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตให้ นางสาวรวิวรรณ ลมกิง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ในการประเมินคุณภาพชีวิต ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต นั้น

โรงพยาบาลสวนปรุง พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ขออนุญาตให้ นางสาวรวิวรรณ ลมกิง ใช้เครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตฯ ดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ


 (นางภาณี ขวาลุดิ)
 ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ฝ่ายบริหารทั่วไป
 โทร ๐ ๕๓๒๘ ๐๒๒๘ - ๕๗ ต่อ ๕๕๓
 โทรสาร ๐ ๕๓๒๗ ๑๐๘๔
 E-mail suanprung@suanprung.go.th

ที่ ศษ 0512.11/ 1826



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

เลขรับ 10112 พลเจษฎ์(4)
วันที่ 8 ก.ย. 2554
เวลา

25 สิงหาคม 2554

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศษ 0517.05/02144 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2554
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาววิวรรณ ลมกึ่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งอยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่าง
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต”
มีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ Karnofsky Performance Scale แปลโดย นางสาวอานวยพร
อาษานอก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง” นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาต ให้ใช้เครื่องมือ
วิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและการปรับเครื่องมือ (ถ้ามี) ให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ สำเนาเรื่องเรียน.....

เรื่องส่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นางสาว วิวรรณ ลมกึ่ง

ฝ่ายวิชาการ 8 ก.ย. 54

โทร. 0-2218-1129

โทรสาร. 0-2218-1130

ขอแสดงความนับถือ

ดร. อรุณ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- จพพ

- อานวยพร อาษานอก

ดร. อรุณ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ อापณกะพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายงบประมาณและการคลัง

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ดร. อรุณ

- เพื่อคัดส่งต้นฉบับ

ทศพร งามนงเกียรติ

9 ก.ย. 54

สาขาวิชา แพทย์ศาสตร์
รหัส 3036
วันที่ 2 ก.ย. 2554



๑๘๑๕
11.12

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รับที่ 32520
วันที่ 2 ก.ย. 2554
เวลา 15.40

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทร. ๐๒-๔๑๕-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑-๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๕/๐๒๔(๑๓)
วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๔
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ด้วย นางสาววิวัฒน์ ลมกั้ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง
“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.อรพณ ศรียุคศุภพ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ในการนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาต
ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ
นายแพทย์ นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, ๒๕๓๖ ในการประเมินความคิดปกติในการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือผู้ป่วยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อเป็นเกณฑ์
ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ภาควิชาอายุรศาสตร์
รหัส ๔๕๘๔
วันที่ 1 ก.ย. 2554
เวลา 14

① เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย
เพื่อโปรดพิจารณา

รศ.นพ.อภิชาติ อัครมงคลกุล
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
๒๔ ก.ย. 2554

นาง พงษ์ ฝน
(รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เรียน หัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร
หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์
- 1 ก.ย. 2554

ภาคผนวก จ

เอกสารตอบรับการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

ที่ กท ๐๔๘๒.๖๕/๓๙๙๖



โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
อำเภอเมืองนครราชสีมา
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ตอบรับให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อ้างถึง หนังสือ สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒(ศร)/๑๖๒๘ ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๔

ตามอ้างถึง สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ขอความอนุเคราะห์ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ในการอนุญาตให้นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งกำลังทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต” โดยมีกำหนด
ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ จำนวน ๑ คน คือ น.ส.รวิวรรณ ลมกิง
รายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ยินดีให้นักศึกษาดังกล่าว เข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำ
วิทยานิพนธ์ได้

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอก

(ดราฟงศ์ ลिंगกาฟ้า)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารี ทำการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารี

แผนกธุรการและกำลังพล

โทร. ๐ ๔๔๒๓ ๔๓๐๔ - ๕

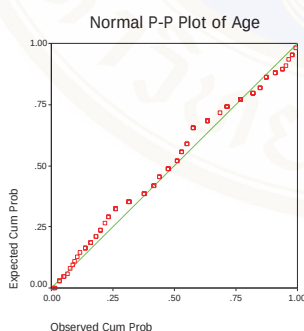
โทรสาร ๐ ๔๔๒๔ ๒๐๑๘

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis)

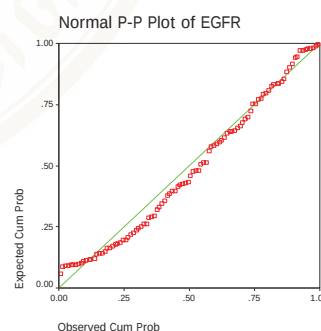
ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ สมการที่ได้จากการวิเคราะห์ และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ จะต้องมีความสัมพันธ์เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ และใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2551; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) มีดังนี้

1. การอ้างอิงทางสถิติถึงลักษณะที่สำคัญของกลุ่มประชากร มีเงื่อนไขว่าการแจกแจงของข้อมูลต้องเป็นปกติ โดยพิจารณาได้จากภาพ Normal probability plot ซึ่งเป็นกราฟที่พลอตค่าของข้อมูลจริงที่เกิดขึ้น กับค่าที่คาดไว้ (Expect value) เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ซึ่งถ้าข้อมูลตัวอย่างมาจากประชากรที่มีการแจกแจงปกติแล้ว ค่าที่คาดไว้จะเป็นเส้นตรง ดังนั้นถ้าข้อมูลตัวอย่างที่มีการแจกแจงแบบปกติ ค่าจริงจะอยู่รอบเส้นตรง ดังในภาพที่ 1.1 – 1.6



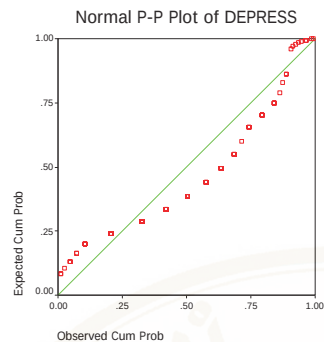
ภาพที่ 1.1

Normal probability plot ของตัวแปรอายุ



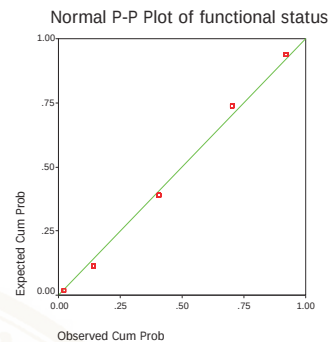
ภาพที่ 1.2

Normal probability plot ของตัวแปร
อัตราการกรองของไต



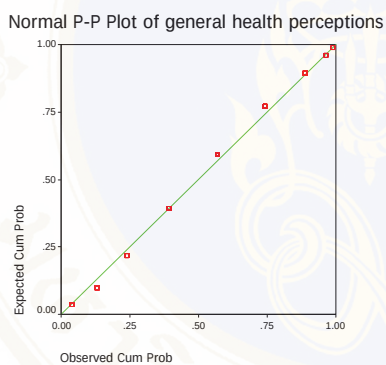
ภาพที่ 1.3

Normal probability plot ของตัวแปร
ภาวะซึมเศร้า



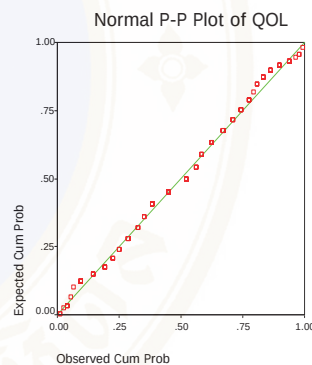
ภาพที่ 1.4

Normal probability plot ของตัวแปร
ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย



ภาพที่ 1.5

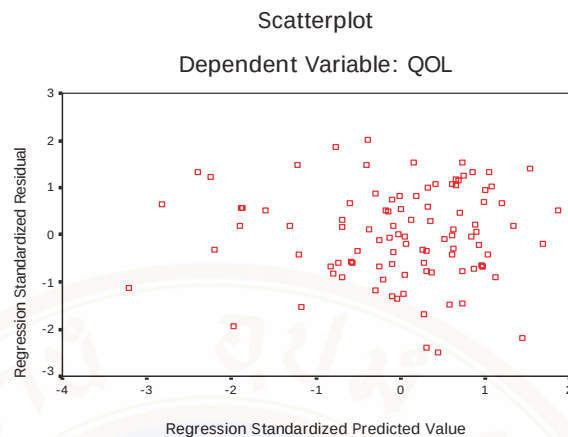
Normal probability plot ของตัวแปร
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม



ภาพที่ 1.6

Normal probability plot ของตัวแปรคุณภาพชีวิต

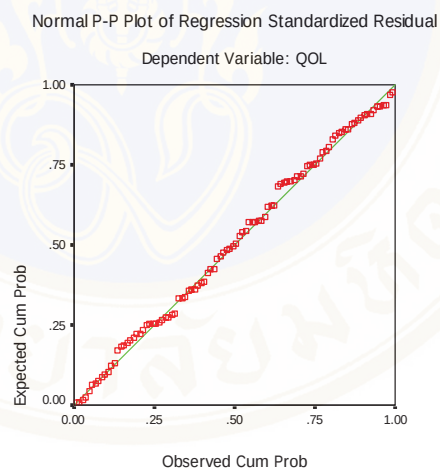
2. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedascity) ซึ่งพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression standardized predicted value) กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression standardized residaul value) ถ้าความคลาดเคลื่อนจะต้องมีการกระจายรอบๆ 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอน แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Scatter plot ค่าประมาณตัวแปรตามกับค่าความคลื่อนมาตรฐาน

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship)

ซึ่งพิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพกระจาย (Scatter plot) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม

4. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หากตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity ส่งผลให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แยกอิทธิพลจากตัวแปรหนึ่ง ออกจากตัวแปรหนึ่งได้ไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชื่อถือไม่ได้ โดยจะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่จะต้องมีค่าไม่เกิน 0.65 และจากการตรวจสอบในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.65 (ตารางที่ 4.9)

5. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนต้องเท่าศูนย์ ซึ่งพิจารณาจาก Residuals statistics ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของ standardized predicted value และ standardized residual เท่ากับศูนย์

Residuals Statistics

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	77.21	102.27	93.07	4.927	100
Residual	-18.28	14.82	.00	7.126	100
Std. Predicted Value	-3.218	1.867	.000	1.000	100
Std. Residual	-2.487	2.015	.000	.969	100

a. Dependent Variable: QOL

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวรวิวรรณ พงศ์พุฒิพัชร

วัน เดือน ปีเกิด

5 เมษายน พ.ศ. 2527

สถานที่เกิด

จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

พ.ศ. 2549 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 563 หมู่ที่ 3 ตำบลประโคนชัย อำเภอ
ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

E-mail: mayrawee@Windowslive.com