

ประสบการณ์การมีอาหารอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว
และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

พรพิมล วดีศิริศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว
และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์

ผู้วิจัย

Dr. most

รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,
ก.ด. (อุดมศึกษา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Dr. d.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรีบุญคสุทธ,
D.S.N.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จันทนา งามฤทธิ์

รองศาสตราจารย์จันทนา งามฤทธิ์วิชัย,
ภ.ม. (สรีรวิทยา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Dr. d.

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

Dr. d.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอากรอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอากร การสนับสนุนจากครอบครัว
และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2557

.....
จันทนา เกษมช้อย

รองศาสตราจารย์จันทนา รมฤทธิวิชัย,
ภ.ม. (สรีรวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
พศิณี วดีศิริศักดิ์

นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์
ผู้วิจัย

.....
D.S.N.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ ศรียุคตศุท,
D.S.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
Ph.D. (Gerontological Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ศิริพันธุ์ สาสัตย์,

Ph.D. (Nursing Studies - Gerontology)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,

ค.ด. (อุดมศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

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

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)
คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ จันทนา รณฤทธิวิช และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพน ศรียุคตศุท อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้ง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำในการ ปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน ที่ประสิทธิประสาทความรู้ อัน เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาทุกท่านที่ช่วยเป็นกำลังใจให้ตลอดมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกไม่ติดเชื้อโรคเรื้อรังโรงพยาบาลศรีสงครามทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ อันเป็นที่รักยิ่งแม้ท่านจะไม่อยู่ร่วม ยินดีกับความสำเร็จในครั้งนี้ แต่สิ่งที่ท่านเคยอบรมสั่งสอน ดูแลลูกมาตลอด ก็ยังเป็นแรงผลักดัน เป็นกำลังใจที่ดีที่สุด รวมถึงพี่ น้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ กำลังใจ และกำลังทรัพย์ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

พรพิมล วดีศิริศักดิ์

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE

พรพิมล วดีศิริศักดิ์ 5337924 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ก.ด. (อุดมศึกษา), จันทนา วัฒนวิชัย, ภ.ม. (สรีรวิทยา), อรวรรณ ศรียุคศุทธ, D.S.N.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลศรีสงคราม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การนอนหลับ การนั่งพักผ่อน และพบว่าการนอนหลับสามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าได้มากที่สุด โดยมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี (Mean = 98.94, SD = 8.39) และพบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง แต่ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ารายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง และด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.15$, $p < .05$ และ $r = -0.22$, $p < .01$) ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาจากรายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.39$, $r = 0.38$, $r = 0.37$ และ $r = 0.36$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า การส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว และการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการป้องกันและจัดการกับอาการอ่อนล้าตามบริบทของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: อาการอ่อนล้า / กลวิธีการจัดการกับอาการ / การสนับสนุนจากครอบครัว / คุณภาพชีวิต

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE

PORNPIMOL WADEESIRISAK 5337924 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VILAIVAN THONGCHAROEN, Ph.D. (HIGHER EDUCATION), CHANTANA RONNARITHIVICHAI, M.S. (PHYSIOLOGY), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.

ABSTRACT

This study was a descriptive correlational research with the aim of exploring fatigue experience, management strategies, family support, and the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease, including investigating the correlation between fatigue experience, family support, and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. The study used the Symptom Management Model designed by Dodd et al (2001) as the conceptual framework. The samples were elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease who visited the non-communicable chronic disease clinic, outpatient department, Srisongkhram Hospital. There were 126 patients who were chosen to be the samples based on the inclusion criteria. The instruments for the data collection consisted of Demographic data Form, Revised Piper Fatigue Scale, Fatigue Management Strategies and Outcomes Questionnaire, Family Support Questionnaire, and WHOQOL-BREF-THAI

The results of the study revealed that the samples had the overall fatigue experience at a moderate level (Mean = 4.11, SD = 1.69). Management strategies most adopted by the samples included sleeping, and sitting for relaxation. In addition, sleeping was found to be able to effectively alleviate fatigue in an efficient manner at a moderate level. The overall family support was at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.56) and the overall quality of life was at a good level (Mean = 98.94, SD = 8.39). The study showed that the overall fatigue experience did not correlate with the quality of life of the samples. However, fatigue experience in terms of behaviors or severity, and emotional meaning negatively correlated with the quality of life with a statistical significance ($r = -.15, p < .05$, and $r = -.22, p < .01$). The overall family support positively correlated with the quality of life of the samples. When considering each aspect, it was found that family support in relation to information, emotional, material, financial, and caring aspect positively correlated with the quality of life at a .01 level of statistical significance ($r = .39, r = .38, r = .37$, and $r = .36$).

The study suggested that nurses should recognize fatigue assessment, and management strategies, family support. The result from this study will be use in a nursing plan in terms of prevention and management strategies necessary to promote a better quality of life of these patients.

KEY WORDS: FATIGUE / SYMPTOM MANAGEMENT / FAMILY SUPPORT / QUALITY OF LIFE

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
1.6 ขอบเขตการวิจัย	10
1.7 นิยามตัวแปร	10
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 โรคไตเรื้อรัง	13
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า	27
2.3 แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ	34
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว	39
2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรัง	46
2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าและคุณภาพชีวิต	51
2.7 สรุป	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
3.2 สถานที่และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล	55
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	61
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	62
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	63
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย	65
บทที่ 5 อภิปรายผล	75
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	83
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	88
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	103
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก	130
ประวัติผู้วิจัย	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	66
4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	68
4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า	69
4.4 จำนวน ร้อยละ ของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	70
4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	71
4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนจากครอบครัว	72
4.7 จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิต	73
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิต	74

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2.1 แบบจำลองการจัดการกับอาการ	36

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกพบว่า ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังในยุโรปและอเมริกานั้นพบ 700 คนต่อประชากร 1 ล้านคน และ 1,400 คนต่อประชากร 1 ล้านคนตามลำดับ (Cirillo, Lombardi, Mele, Marcarelli, & Bilancio, 2012) ส่วนอุบัติการณ์การเกิดในประชาชน อายุตั้งแต่ 64 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 23.4-35.8 (Zhang & Rothenbacher, 2008) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2007 ถึง 26 ล้านคน (Coresh et al., 2007) และปี ค.ศ. 2008 พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจำนวน 547,982 คน (Collins et al., 2011) ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยระบุว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึงปีละ 10,000 ราย หรือร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงสองแสนราย ต้องเสียชีวิตประมาณในการดูแลในปี พ.ศ. 2557 ถึง 5,178 ล้านบาท คาดว่า ปี 2560 อาจใช้งบประมาณในการดูแลสูงถึง 17,000 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และโรคไตนั้นเป็นกลุ่มอาการที่เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 6 หรือ 22.9 คน ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556)

โรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย ซึ่งสาเหตุหลักๆ คือ โรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 70 และรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553; National Kidney Foundation, 2002; Zhang & Rothenbacher, 2008) นอกจากสาเหตุดังกล่าว ความสูงอายุมักมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไตและหลอดเลือดไต ในทางเสื่อมลง (มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; Król, Rutkowski, Czarniak, & Kraszewska, 2010; National Kidney Foundation, 2002) ขนาดของไตลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 5 ของขนาดเดิม จำนวนหน่วยไตลดลง หน่วยไตที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง จึงมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จากการศึกษาของ Zhang และคณะ (2008) พบว่า อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังใน

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปีพบว่า มีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่าและเพิ่มเป็น 3 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังได้มาก และเมื่อเกิดโรคนี้ขึ้นแล้วความรุนแรงของโรคจะมากกว่าวัยอื่น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพปกติจะเป็นไปได้ได้น้อย อาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นตามมาได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบ ภาวะโลหิตจางที่ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจได้ (McClellan et al., 2004) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในการคงหน้าที่ของไตไว้ให้มากและนานที่สุด

เมื่ออัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ไตสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสีย ทำให้เกิดการสะสมของของเสียในร่างกาย เนื่องจากไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตหรือระบบการขับของเสียที่ต่างๆ ของร่างกาย การรักษาความสมดุลของน้ำ เกลือแร่และกรด-ด่าง ตลอดจนการสังเคราะห์ฮอร์โมนและวิตามินดี เกิดความผิดปกติของระบบสั่งการ ผู้ป่วยจะค่อยๆ มีอาการแสดงที่เด่นชัดมากขึ้นเรื่อยๆ ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ อาการอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีอาการคันตามผิวหนัง มีอาการทางระบบประสาท เช่น ซึมลง หดศติ (ดุสิต จิรกุลสมโชค, สัญญา รอยสมมุติ, ปณศพร วรรณานนท์ และเทอดไทย ทองอุ้ง, 2552; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006; Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009) โดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากภาวะยูริเมีย ผู้ป่วยจะมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า มีอาการอ่อนล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (สุจิตรา ลัมอำนวยลาภ, 2544; แสงรวี มณีสรี, กรองกาญจน์ สังกาศ, คณินิจ พงศ์ถาวรภมม และธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

อาการอ่อนล้า (Fatigue) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงอาการผิดปกติของร่างกายหรือรู้สึกว่ามีอาการเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย หดศติ เป็นอาการที่มักพบได้บ่อยในกลุ่มโรคเรื้อรังและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม (Jorgensen, 2008) อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากการศึกษาของเพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 217 ราย พบว่าอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบมากที่สุดร้อยละ 100 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bonner, Wellard, และ Caltabiano (2008) ที่ได้ศึกษาถึงระดับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

(Renal Replacement Therapy) เป็นกลุ่มที่มีอาการอ่อนล้าสูงที่สุดร้อยละ 42.96 สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy, Murtagh, Carey, และ Sheerin (2009) ที่พบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตพบว่า มีอาการอ่อนล้าสูงถึง ร้อยละ 75 ส่วน Yong, Kwok, และ Wong (2009) ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์การมีอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งพบว่า อาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตนั้นสูงถึงร้อยละ 68.9 และพบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ส่วน Cruz และคณะ (2011) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะ กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตนั้น ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง และผลกำลังลดลงหรือเกิดความอ่อนล้าตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม (Jorgensen, 2008) ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้น กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าจึงแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องทำความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า รวมถึงกลวิธีต่างๆ ที่ผู้ป่วยนั้นใช้ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยต่างๆ อีกมากมายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการรบกวนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก จึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่รู้สึกเป็นภาระ ไม่แยกตัวจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mucsi, 2008)

Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Larson (1994) ซึ่งแบบจำลองนี้ประกอบด้วยแนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันคือ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดยบุคคลจะมีความรู้สึก และสามารถรับรู้ได้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย หรือเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติไปจากเดิมที่เคยเป็น รวมถึงการตระหนักถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อมโน

ทัศนหลักในแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล (Person domain) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) สรีรวิทยา (Physiological factor) จิตใจ (Psychological factor) สังคม (Sociological factor) รวมถึงระดับพัฒนาการ (Developmental factor) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ภาวะสุขภาพ (Health status) โรคที่เป็นและอาการบาดเจ็บ (Disease & Injury) 3) องค์ประกอบในด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Culture environment) โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึง เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ครอบคลุมเป็นเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญที่สุดและเป็นสังคมที่เล็กที่สุด ดังนั้น เมื่อมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว จึงมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ส่งผลให้อาการรบกวนต่างๆ ลดลง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

จากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ได้มีผู้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาการจัดการกับอาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ส่วนในกลุ่มโรคไตเรื้อรังนั้นพบว่า ได้มีการนำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่ง Petchrung (2004) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า มีความรู้สึกว่าอ่อนเพลีย ทำให้มีอาการปวดเมื่อย และความทนต่อกิจกรรมต่างๆ ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุจากอาการอ่อนล้าทางด้านร่างกาย ส่วนดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้ามากที่สุด และมีกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ได้ผลมากที่สุดคือ นั่งพักผ่อนได้ผลถึงร้อยละ 96 รองลงมาคือ รับประทานอาหาร/ฟังเพลง นอนหลับ และคิดในทางที่ดี ส่วนกลวิธีอื่นๆ คือ การเลี้ยงสัตว์ เล่นอินเทอร์เน็ตและปล่อยน้ำยา Dialysate ออกจากร่างกายเมื่อรู้สึว่ามีอาการอ่อนล้า ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามี

ความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ จะมีการศึกษาในกลุ่มโรคที่หลากหลาย รวมถึงกลุ่มโรคไตเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พื้นฐานและพัฒนาแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 – 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวนเตียงนอน 60 เตียง ที่พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังร้อยละ 5.6 และมีผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูงถึงร้อยละ 40.6 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสงคราม, 2556)

1.2 คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาใช้ในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์ (Outcomes)

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น หรือ กำลังเผชิญอยู่ของผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) คือ การที่บุคคลผู้นั้นหรือผู้ป่วยมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป หรือ ผิดปกติไปจากเดิมที่เคยเป็น เช่น รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สบาย หดแรงแรง 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) คือ การที่บุคคลผู้นั้นหรือผู้ป่วยได้มีการพิจารณาถึงระดับ ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น สาเหตุที่เกิด ตำแหน่งที่เกิด ความบ่อยของการมีอาการ รวมถึง ผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) คือ การที่บุคคลผู้นั้นหรือผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านวัฒนธรรม ด้าน สังคมและด้านจิตใจ รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกในการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาทั้ง 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่อ อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต

กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นเป้าหมายในการ จัดการกับอาการที่กำลังเกิดขึ้นหรือกำลังเผชิญอยู่ เพื่อชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี ต่างๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการจากมุมมองของผู้ป่วยเอง แต่ละคน จากนั้นจะมีการกำหนดจุดมุ่งหมาย และนำไปสู่กระบวนการการปฏิบัติและการ ประเมินผลลัพธ์ โดยผู้ป่วยมีการกำหนดกันอย่างชัดเจนว่า ใช้วิธีการอะไร กับใคร เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม่ต้องใช้ ต้องใช้อย่างไร และใช้บ่อยแค่ไหน (Dodd et al., 2001) ซึ่งการศึกษานี้จะเป็น การศึกษาถึงกลวิธีต่างๆ ที่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตนำมาใช้ในการจัดการ กับอาการอ่อนล้าด้วยตัวผู้ป่วยเอง

ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย หรือจากการดูแลตนเอง และประสบการณ์การมีอาการ โดยมีผลลัพธ์เป็นตัวบ่งชี้หรือตัวชี้วัดคุณภาพในการจัดการกับอาการ ซึ่งในแบบจำลองของ Dodd และคณะ (2001) นั้นครอบคลุม 8 ด้าน คือ สภาพอาการ (Symptom status) สภาพอารมณ์ (Emotional status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) การดูแลตนเอง (Self-care) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Cost) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and Co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดนี้อาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง และตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและคืนสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นต่อการควบคุมการเกิดอาการซึ่งอาจเกิดขึ้นอีก (Dodd et al., 2001) แต่การศึกษารั้งนี้จะศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตเท่านั้น

ส่วนองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อมนต์หลักทั้ง 3 มนต์ คือ องค์ประกอบในด้านบุคคล (Person domain) องค์ประกอบในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) องค์ประกอบในด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain)

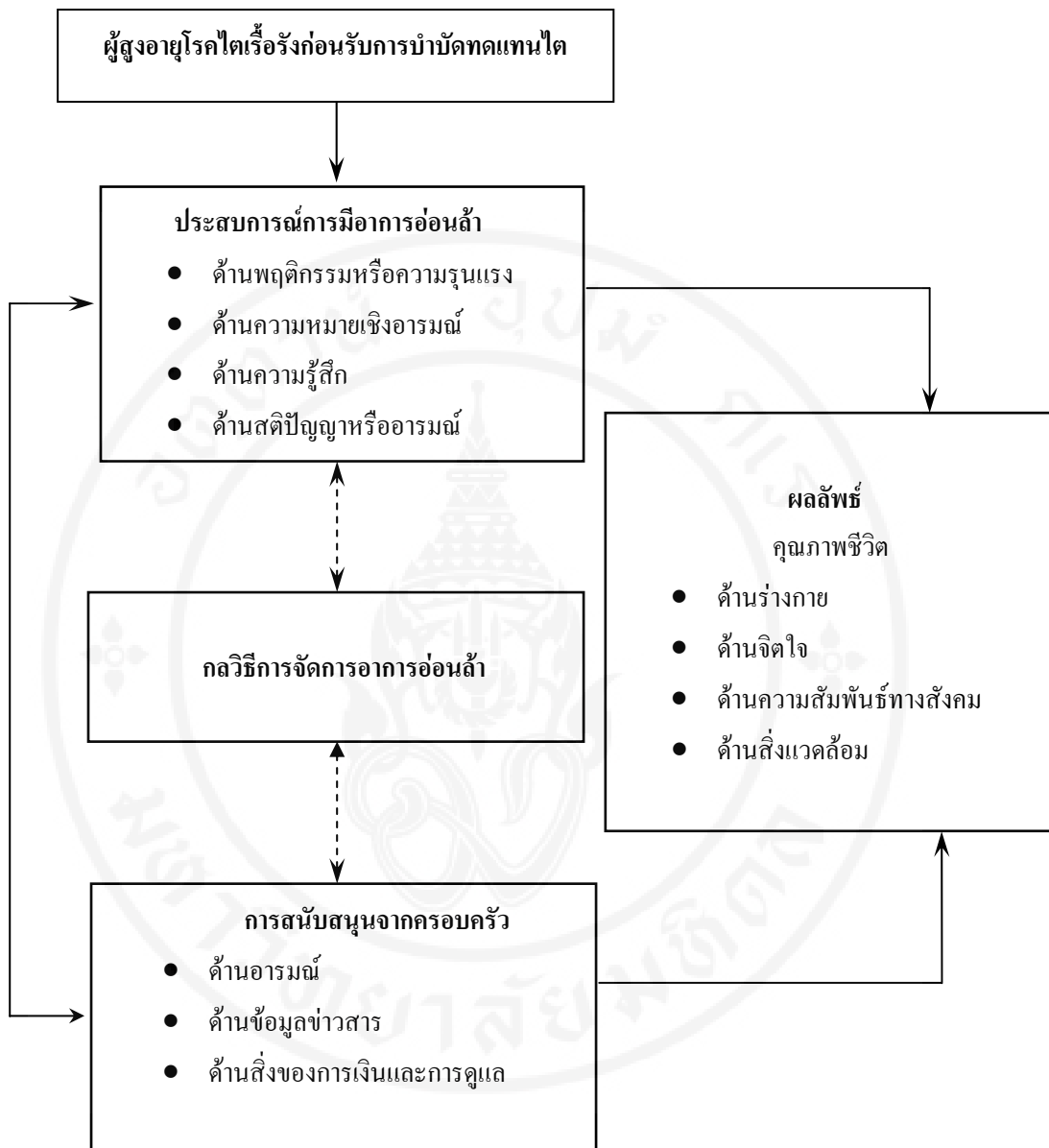
องค์ประกอบในด้านบุคคล (Person domain) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) สรีรวิทยา (Physiological factors) จิตใจ (Psychological factors) สังคม (Sociological factors) รวมถึงระดับพัฒนาการ (Developmental factors) องค์ประกอบเหล่านี้เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวของบุคคลแต่ละคน ทำให้แต่ละคนมีมุมมองและมีการตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการที่แตกต่างกันไป

องค์ประกอบในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ภาวะสุขภาพ (Health status) โรคที่เป็นและอาการบาดเจ็บ (Disease & Injury) มีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ รวมถึงการรักษาและผลลัพธ์ที่ตามมา

องค์ประกอบในด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เช่น บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) เช่น เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) สิ่งแวดล้อมทางด้านวัฒนธรรม (Cultural environment) เช่น ความเชื่อ เชื้อชาติ ซึ่งสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อกลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตครั้งนี้ สามารถ

อธิบายตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ดังนี้ ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตนั้น เป็นการรับรู้ถึงอาการอ่อนล้า การตอบสนองต่อการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น และการประเมินผลของอาการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ป่วยรู้สึกถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตน เช่น มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดแรงจูงใจ หดแรงแรง ไม่มีแรง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินความรุนแรงของอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น และมีการตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าแตกต่างกันไป ดังนั้น การใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจึงแตกต่างกันไป ตามประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทั้งที่เกิดกับตนเองหรือจากบุคคลอื่นที่มีอาการเหมือนกัน และมีกลวิธีที่สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างได้ผล เพื่อนำมาจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้น จนกระทั่งอาการนั้นบรรเทาลง ครอบคลุมถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งครอบครัวนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นมีสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมเป็นหน่วยที่เล็กที่สุด และสำคัญที่สุดของบุคคลและเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งบุคคลควรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ ผลลัพธ์ที่ได้จากประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การจัดการกับอาการอ่อนล้า และการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงดังรูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ดัดแปลงจาก Dodd และคณะ (2001)

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง เดือนตุลาคม 2556

1.7 นิยามตัวแปร

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า (Fatigue symptom experience) หมายถึง การรับรู้ อาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Revised Piper Fatigue Scale (Piper et al., 1998) ฉบับภาษาไทย โดย เพ็ญใจ คาโลปการ (2546) ซึ่งได้ดำเนินการแปลตามกระบวนการโดยใช้วิธีการแปล (Translation technique) และนำมาแปลย้อนกลับ (Back Translation) ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบตัวเลขเป็นเส้นตรง (Numeric scale) ตั้งแต่ 0- 10 ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ด้านความหมายเชิงอารมณ์ ด้านความรู้สึกลึก ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์

กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง วิธีการหรือกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาอาการที่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเลือกใช้ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้า ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของดวงรัตน์ มนไธสง และคณะ (2554) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด 19 ข้อ และปลายเปิด 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยใช้

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตนั้นได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคล ผู้ซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือญาติ ที่ครอบคลุมถึงการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับซึ่งความรักใคร่ ความห่วงใย การได้รับกำลังใจ ความมั่นใจและความรู้สึกของการมีที่พึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตรู้สึกว่ามีคนรักและคอยเอาใจใส่ดูแลตน

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับคำแนะนำ หรือข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว หรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต

การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน การอำนวยความสะดวก รวมถึงการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต

การสนับสนุนจากครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ที่พัฒนาโดย อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ตามกรอบแนวคิดของ Schaefer และคณะ (1981) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด 19 ข้อ และปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าแบบอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ โดยให้เลือกตอบปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) เป็นภาษาไทยฉบับย่อที่เข้าใจง่าย ไม่สับสน สามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จำนวน 26 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ระดับคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีคุณภาพชีวิตดี

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูล และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต สำหรับครอบครัว พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ก่อนรับการบำบัดทดแทนไตต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

- 2.1 โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า
- 2.3 แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว
- 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
- 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว
และคุณภาพชีวิต
- 2.7 สรุป

2.1 โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ

2.1.1 คำจำกัดความ

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง การที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงาน เป็นเวลานานเท่ากับหรือมากกว่า 3 เดือน โดยอาจมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ลดลงหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาจตรวจพบได้จากการมีความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยาของไต ค่าบ่งชี้การที่แสดงถึงการถูกทำลายของไต หรือพบความผิดปกติของสารประกอบในเลือดหรือปัสสาวะ หรือความผิดปกติของลักษณะรูปร่างของไต หรือมีอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 60

มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย 1.73 ตารางเมตร โดยอาจพบที่มีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้ (National Kidney Foundation, 2002)

ส่วนผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (the young elderly) อายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (the middle-age elderly) อายุ 75-84 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (the old elderly) อายุ 85 ปีขึ้นไป (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้อัตราการกรองของไตและเลือดไปที่ไตน้อยลง เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง และหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ขนาดของไตลดลง รวมถึงความสามารถของการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับโซเดียมที่กินเข้าไปลดลงด้วย จึงเป็นวัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคไตเรื้อรังสูงขึ้น

2.1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

National Kidney Foundation (2002) ได้แบ่งระดับความรุนแรงในการดำเนินโรคออกเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต เพื่อความเหมาะสมในการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย เมื่อวัดค่าอัตราการกรองของไตพบว่า ยังมีอัตราการกรองของไตที่เป็นปกติ ซึ่งมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ $90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ระยะนี้จะยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆให้พบเห็นทางร่างกาย หากระยะเริ่มต้นนี้ได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็วและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น อัตราการกรองเริ่มลดลง $60-89 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ การดูแลรักษาในระยะนี้คือการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้นอีก จนทำให้การทำงานของไตลดลงเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง อัตราการกรองของไตเท่ากับ $30 - 59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เป็นระยะเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนจากการสะสมของเสียเนื่องจากไตสามารถทำงานได้เพียงครึ่งเดียว การดูแลรักษาจึงต้องระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะนี้ไตทำงานลดลงมาก อัตราการกรองของไตเหลือเพียง $15 - 29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เท่านั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากขึ้นและรุนแรงขึ้น

ระยะที่ 5 ไตวาย หรือไตวายระยะสุดท้าย (Kidney failure) ซึ่งอัตราการกรองต่ำกว่า $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy; RRT) เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Pre-dialysis patient) หมายถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนถึงระยะรุนแรง แต่ยังรักษาด้วยการชะลอความเสื่อมของไต ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (อนุตร จิตตินันท์, 2547) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่มีระดับอัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ตามคำจำกัดความของ Nation Kidney Foundation (2002) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างชัดเจน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางกับอายุรแพทย์โรคไต

2.1.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง มีสาเหตุของการเกิดทั้งโรคของไตเองและสาเหตุภายนอกไต เช่น ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน ความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบเผาผลาญ การติดเชื้อ การอุดตันของทางเดินปัสสาวะ สารพิษ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดการทำลายหน่วยไต (Nephron) จนทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของไต ได้แก่ การกรอง การดูดกลับและการสร้างฮอร์โมนเสื่อมลงด้วย (วัลลา ดันตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2552) และเมื่ออายุมากขึ้นมักจะพบว่าอัตราการกรองของไตลดลง ซึ่งจากรายงานของ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตลดลง และจากข้อมูลผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ไตมีขนาดและน้ำหนักลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เหลือประมาณ 1 ใน 5 ของขนาดไตเดิม และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้การตอบสนองต่อสารต่างๆ ลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและการทำงานของไตในผู้สูงอายุนี้ จะส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 11 ในผู้สูงอายุและพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถพยากรณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง นอกเหนือจากภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.1.4 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง

2.1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อไตมีการสูญเสียการทำงานที่ ทำให้อัตราการกรองลดลง จะส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เรียกว่า Uremic syndrome เกิดจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ทำให้การขับของเสียออกจากร่างกายลดลง สูญเสียการควบคุมสมดุลสารน้ำ และเกลือแร่ เกิดของเสียคั่งในร่างกาย และภาวะไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่ รวมถึงสูญเสียการทำงานที่สังเคราะห์ฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวนี้ อาจส่งผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) ดังนี้

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

ภาวะความดันโลหิตสูงและอาการของหัวใจวายเป็นอาการที่พบได้บ่อย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นอาจมีได้หลายประการ เช่น 1) การคั่งของน้ำและโซเดียม ซึ่งเป็นสาเหตุพื้นฐาน ที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง 2) การหลั่งเรนินเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการหลั่ง Angiotensin II และหลั่ง Aldosterone เพิ่มมากขึ้น 3) การหลั่ง Prostaglandins จากชั้นในของไตลดน้อยลง ซึ่งปกติแล้ว Prostaglandins นั้นจะช่วยลดความดันโลหิต โดยการลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้น ทำให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วมากขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ทำให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น เกิดเป็นวงจรของความเสื่อม และอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลว (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) น้ำท่วมปอดหรืออาการเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยยูรีเมีย หากไม่ทำการรักษา จะทำให้เกิดมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion) จากการศึกษาของ Ijoma, Arodiwe, Ulasi, และ Anisiuba (2010) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56 มีอาการเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) และพบว่า มีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion) อย่างเดียว ร้อยละ 15.9 ส่วนอีกร้อยละ 10.2 พบว่า เป็นร่วมกันทั้ง 2 ชนิด

2) ภาวะโลหิตจาง (Anemia)

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) จากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 หรืออัตราการกรองน้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Macdougall, 2011; Mullarkey, Adamson, Ashton, & Amara, 2010) เกิดจากการสะสมของสาร Uremic toxins เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตเสื่อมลง ร่วมกับการเกิดภาวะขาดฮอร์โมนเกี่ยวกับการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยเฉพาะฮอร์โมน Erythropoietin ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางตามมา เป็นภาวะโลหิตจางแบบ Functional iron deficiency คือภาวะที่มีการเก็บสะสมเหล็กไว้ใน Storage pool แต่ไขกระดูกไม่สามารถนำมาใช้ได้ ทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อยลง (สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2550) Erythropoietin เป็นฮอร์โมนที่มีผลโดยตรงต่อไขกระดูก โดยช่วยทำให้เซลล์ต้นอ่อนของเม็ดเลือดแดงพัฒนากลายเป็นเม็ดเลือดแดงที่สมบูรณ์ ซึ่งโดยทั่วไป Erythropoietin นั้นถูกสร้างมาจากไต ร้อยละ 90 และจากตับร้อยละ 10 (ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, พิสุทธิ กตเวทิน, กฤษณพงศ์ มโนธรรม, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550) ซึ่งในคนปกติ Erythropoietin จะมีความเข้มข้นประมาณ 10-17 มิลลิยูนิต/มล. แต่จะมีค่าลดลงเมื่อขาดสารอาหารจำพวกโปรตีน ในปัจจุบันจึงพบว่า มีการรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วย Erythropoietin เพื่อให้ได้ระดับค่าของความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) อยู่ในระดับเป้าหมาย

ที่วางไว้คือ อยู่ระหว่าง 33-36 % และควรให้ระดับของ Hemoglobin อยู่ระหว่าง 11-12 g/dl (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

3) ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนั้น เมื่อมีภาวะยูรีเมีย อาจทำให้มีปัญหาของ ระบบทางเดินหายใจได้หลายอย่าง ได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) หรืออาจมีภาวะปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic pneumonitis) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ Interstitial edema โดยเฉพาะบริเวณส่วนกลางปอด บริเวณรอบนอกมี Infiltration เพียงแค่เล็กน้อย และอาจเกิดภาวะเชื้อหุ้มปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic pleuritis) ซึ่งเกิดจากการสร้าง Fibrin exudates ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเวลาหายใจ และอาจเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ (Pneumonia) ได้ เพราะการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากภาวะยูรีเมีย น้ำท่วมปอดเกิดจากการมีน้ำเกินและหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการรั่วของน้ำออกนอกหลอดเลือดฝอยเพิ่มมากขึ้น เพราะมีโปรตีนในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก ตรวจปอดได้ยินเสียง Creptitation หรือ Wheezing ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ซีฟิรเบและเร็ว ตัวเย็นขึ้น เจ็บและกระสับกระส่าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเร็วและลึกกว่าปกติ เพื่อชดเชยภาวะที่มีกรดมากในเลือด (Rashid et al., 2013)

4) ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารโดยผู้ป่วยจะมีอาการปากอักเสบและมีแผลในช่องปาก ซึ่งเกิดจากเอนไซม์ยูรีเอส เปลี่ยนยูเรียในน้ำลายให้เป็นแอมโมเนีย จึงหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย การรับรู้รสเพี้ยน มีอาการระอิก นอกจากนั้นยังพบว่า มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และจากภาวะยูรีเมียอาจทำให้เกิดกระเพาะอาหารอักเสบ เกิดแผลในกระเพาะลำไส้ (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) ส่วนสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนคือ การเปลี่ยนยูเรียโดยแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแอมโมเนีย และอาจพบเชื้อในช่องปาก เหงือกอักเสบ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการมีสารยูเรียในน้ำลายมากเกินไป จึงทำให้แบคทีเรียในปากย่อยน้ำลายมากขึ้น และการทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดีพอ

5) ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal)

โรคไตเรื้อรังทำให้เกิด การฟอสของเซลล์กระดูก (Osteodystrophy) ซึ่งภาวะไตวายนั้นทำให้ความสามารถในการขับฟอสเฟต (CaPO_4) ลดลง ทำให้เกิดการตกตะกอนในอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ระดับแคลเซียมในเลือดจึงต่ำลง มีการหลั่ง Parathyroid hormone (PTH) ออกมามากขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายของแคลเซียมจากกระดูก และระดับ Alkaline phosphatase สูงขึ้น ในภาวะไตวายเรื้อรังนั้น การสังเคราะห์วิตามินดีที่ว่องไว (Active vitamin D) นั้นน้อยลง ทำให้การดูดซึมแคลเซียมจากระบบทางเดินอาหารลดลง ระดับของแคลเซียมในเลือดจึงต่ำลง ซึ่งการ

เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ได้แก่ Osteomalacia และ Osteitis fibrosa ดังนั้นเมื่อเกิดการเคลื่อนย้ายของแคลเซียมในกระดูก โครงสร้างของกระดูกจึงอ่อนแอลง เนื้อเยื่อของกระดูกถูกแทนที่ด้วย Fibrous tissue ซึ่งหากมีมากเกินไป จะทำให้ไขกระดูกนั้นสร้างเม็ดเลือดได้น้อยลง นอกจากนี้อาจเกิด Metastatic calcification ทำให้มีการตกตะกอนของแคลเซียมฟอสเฟตตามเนื้อเยื่อต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ กระดูกข้อต่อ หลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจ ปอด ตา ผิวหนัง ทำให้เกิดปัญหา กระดูกข้อต่ออักเสบ หัวใจเต้นผิดปกติ มีอาการคันตามผิวหนังและเกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงตามอวัยวะส่วนปลาย เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อ (Gangrene) และในภาวะยูรีเมียนี้จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล, 2547; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

6) ระบบประสาท (Neurological)

การสะสมของสารยูเรียในกระแสเลือด และการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลาย รวมถึงระบบประสาทสั่งการผิดปกติไป เรียกภาวะนี้ว่า Uremic encephalopathy ภาวะนี้จะเกิดขึ้นเมื่อระดับอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 10-15 ml/min (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) โดยอาการผิดปกติที่พบของระบบประสาทส่วนกลางนั้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมง่าย ขาดสมาธิ สับสน มีการรับรู้ที่ผิดปกติไป ขาดสติและไม่รู้สึกตัว มักพบอาการในระยะท้ายๆ ส่วนในระบบประสาทสั่งการ อาการที่แสดงให้เห็นได้ชัดคือ ผู้ป่วยมีการเดินที่ผิดปกติไป ไม่มั่นคงร่วมกับมีอาการสั่นไหว และพบอาการผิดปกติของการเคลื่อนไหวของมือและเท้าร่วมด้วย ส่วนความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายนั้นพบว่ามีความผิดปกติของปลายประสาทของร่างกายในส่วนล่างมากกว่าส่วนบนของร่างกาย และพบว่า มีความผิดปกติของทั้งระบบประสาทสั่งการและระบบประสาทรับความรู้สึก ซึ่งมีสาเหตุมาจากการฝ่อของไมอีลินชีส รวมทั้งเกิดจากผลของภาวะยูรีเมีย เมื่อมีการเสื่อมหน้าที่ของการรับความรู้สึก การสั่งการซึ่งพบว่า การนำสัญญาณประสาทในส่วนแขนและขาช้าลง หากเป็นมากอาจทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อต้นแขน จากการเสียสมดุลของกรด-ด่าง อิเล็กโทรไลต์ เกิดมีการสะสมพิษยูเรีย ทำให้มีอาการของ “Restless leg syndrome” คือมีอาการปวดขา กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดเสียว ช้ำ คัน ออกแสบออกกร้อน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และมักจะมีอาการที่แย่ลงโดยเฉพาะจะเกิดในตอนกลางคืน (Marin, Felicio, Santos, Prado, & Prado, 2012) จากการศึกษาของ Aritake-Okada และคณะ (2011) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง นั้นพบว่ามีอาการของ Restless leg syndrome สูงถึงร้อยละ 94.4 โดยพบในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ยประมาณ 24.4 ml/min/1.73 m² และมีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Quinn และคณะ (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นจะพบภาวะ Restless leg syndrome สูงถึงร้อยละ 64 และพบในอายุเฉลี่ย 71 ปี ซึ่งเป็นอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ

ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมา ส่วนความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการนั้น ทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและเหี่ยวลีบ เท้าตก และมีท่าทางการเดินที่เปลี่ยนไป ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Tendon Reflex) ลดลง

7) ระบบผิวหนัง (Integumentary system)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระยะท้ายๆ นั้น มักพบว่า มีผิวหนังซีด เหลือง เรียกว่า “Uremic hue” ซึ่งเป็นผลจากการสะสมของ Lipochrome และ Carotenoids และนอกจากนี้มักมีอาการเขียวช้ำได้ง่าย เนื่องจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และหลอดเลือดฝอยเปราะแตกได้ง่าย ส่วนอาการคันตามผิวหนังนั้นเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาของผู้ป่วย สาเหตุเนื่องมาจากการมีแคลเซียมฟอสเฟตตกตะกอน (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) การเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก ผิวหนังแห้ง และการมีภาวะ Hyperparathyroid อาการคันนั้นมักเป็นทั่วๆ ไป มีอาการเป็นพักๆ

8) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine/metabolic)

อาการ Hypothyroidism มักพบเสมอในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จากการวัดระดับ Thyroxine มักพบว่าเป็นปกติหรือต่ำเล็กน้อย สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัดและยังพบว่าการเกิด ภาวะ Hyperparathyroidism ซึ่งเป็นผลมาจากการมีระดับฟอสเฟตในกระแสเลือดสูง แต่แคลเซียมต่ำซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิด Osteodystrophy และมีการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง เนื่องจากตัวรับของอวัยวะเป้าหมายไม่ตอบสนอง หรือมีการลดการตอบสนองต่ออินซูลิน (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

2.1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ มีผลต่อภาพลักษณ์ ลดบทบาทในหน้าที่การงาน หรือแผนการที่วางไว้ในอนาคต เช่น น้ำหนักลด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ลักษณะของสีผิวที่เปลี่ยนแปลงไป ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงเพราะมีอาการอ่อนล้า สูญเสียหรือต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการทำงาน (วัลลา ตันยาลัย และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2552) ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า อารมณ์เสียง่าย ด้านสัมพันธภาพและบทบาทในสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เกิดความไม่สะดวกในการเข้าสังคม เพื่อนฝูงอาจลดลง เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ด้านเศรษฐกิจนั้นพบว่า การรักษาโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองอาการ ชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคนั้นเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือชะลอให้เป็นช้าที่สุด ซึ่งเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้วนั้น

แนวทางการรักษาคือ การเข้ารับบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายไต ซึ่งต้นทุนการในการเข้ารับการรักษาที่สูงมาก รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในแต่ละปีสูงถึง 3,857 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

2.1.5 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังจะมีการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งเกิดจากการทำลายอย่างช้าๆ แต่ถาวรของเนื้อไตทำให้ไม่สามารถฟื้นหายคืนมาเป็นปกติได้ แนวทางการรักษาในปัจจุบันเพียงแต่เป็นการชะลอ หรือเพื่อหยุดการทำลายต่อของเนื้อไตให้เสียไปอย่างช้าที่สุด (อนุดตง จิตตินันท์, 2547) การรักษาในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตนั้น มีการรักษาหลายประการที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถชะลอความเสื่อมของไต (สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, & เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, 2550) ดังนี้

2.1.5.1 การชะลอความเสื่อมของไต การชะลอความเสื่อมของไตนั้น มีจุดประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น ซึ่งได้แก่

1) การควบคุมความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคไต และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดเช่นกัน ที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้นระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในโรคไตเรื้อรังตามคำแนะนำจาก National Kidney Foundation (2002) ซึ่งได้ระบุไว้ว่า เป้าหมายในการรักษาความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอภาวะเสื่อมของไตนั้นไม่ควรเกิน 130/80 mmHg แต่หากมีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม/วัน ควรควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 125/75 mmHg (National Kidney Foundation, 2002) ปัจจุบันยาในกลุ่มที่นิยมใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นคือ ยาในกลุ่ม ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) หรือกลุ่ม ARB (Angiotensin receptor Blockage) ซึ่งยาในกลุ่ม ACEI เช่นยา Enalapril, Captopril, Lisinopril, Ramipril ที่มีผลยับยั้งการสร้างฮอร์โมน Angiotensin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย และทำให้เกิดการบวม น้ำ โดยมีอาการข้างเคียงทำให้เกิดผื่นแดง และทำให้ไอ ส่วนกลุ่ม ARB ได้แก่ Losartan, Irbesartan, Valsartan, Candesartan ซึ่งมีข้อดีกว่ายาในกลุ่ม ACEI เนื่องจากไม่ทำให้เกิดอาการไอ ซึ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นควรได้รับ ยาในกลุ่ม ACEI หรือ ARB เป็นยาตัวแรก หรือใช้เป็นยาร่วม หากไม่มีข้อห้ามในการใช้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; อุดม ไกรฤทธิชัย และคณะ, 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006; Marcuma, & Friedb, 2011; Tomson, & Bailey, 2011)

2) การลดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าปกติ โดยแบ่งตามปริมาณที่พบ Microalbuminuria คือ การตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะปริมาณน้อย ทำให้ไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการใช้แถบตรวจปัสสาวะทั่วไป (ระดับอัลบูมินในปัสสาวะเท่ากับ 30 - 300 มิลลิกรัมต่อวัน) และ Overt proteinuria หรือ Proteinuria คือ การตรวจพบระดับอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยสามารถตรวจพบได้จากแถบตรวจปัสสาวะ ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะนั้นไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นมีอัตราการเสื่อมของไตเร็วขึ้น ดังนั้นการรักษาเพื่อลดภาวะ Proteinuria ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นั้นจะช่วยลดและชะลออัตราการเสื่อมของไตของไตได้ ซึ่งยาในกลุ่ม ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) และกลุ่ม ARB (Angiotensin Receptor Blockage) ซึ่งเป็นยากลุ่มแรกที่ถูกใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ยังมีผลช่วยลดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) ได้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2550; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

3) การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

ความผิดปกติของไขมัน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น เกิดขึ้นตั้งแต่ยังไม่มีการแสดงอาการของโรค ซึ่งจะพบมากขึ้นเมื่อมีการทำงานของไตเสื่อมลง โดยเฉพาะ เมื่อพบว่าอัตราการกรองของไตนั้นน้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73 ม² (พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2550) ปัจจุบันเชื่อว่าโรคไตเรื้อรังนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) ในส่วนของกลุ่มโรคไตเรื้อรัง พบว่ามีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดหลายประการและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Atherosclerosis มากกว่าคนทั่วไปและพบว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ดังนั้นจึงควรควบคุมระดับ LDL cholesterol ในเลือดไม่เกิน 100 mg/dl และน้อยกว่า 70 mg/dl ในผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) และควรควบคุมระดับ Triglyceride ให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 150 mg/dl ระดับ HDL ในผู้ชายมากกว่า 40 mg/dl และมากกว่า 50 mg/dl ในผู้หญิง ส่วนยาที่ใช้ในการรักษานั้นพบว่า ยาในกลุ่ม Statin (HMG-CoA Reductase Inhibitor) นั้นนอกจากมีฤทธิ์ช่วยลดระดับไขมันในเลือดแล้ว ยังมีฤทธิ์ในด้านอื่นๆ ที่สามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้อีกด้วย (Stompor, Olszewski, & Kierzkowska, 2011) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ Fluvastatin, Pravastatin, Simvastatin, Atorvastatin และ Rosuvastatin ยาในกลุ่ม Statin นี้สามารถลดการสร้าง Cholesterol โดยยับยั้ง HMG-CoA Reductase enzyme มีผลทำให้ระดับ Total Cholesterol, LDL ลดลงและทำให้ HDL เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

4) การลดภาวะ Metabolic acidosis

ภาวะ Metabolic acidosis เป็นภาวะที่อาจพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดเนื่องจากความสามารถในการขับสารที่เป็นกรดและโปรตอน ควรควบคุมระดับของ Bicarbonate ในเลือดไม่ให้ต่ำกว่า 23 mEq/dl ซึ่งภาวะนี้ทำให้เกิดผลเสียตามมาหลายประการด้วยกัน เช่น การเกิด Negative calcium balance จากกระดูก และอาจเกิด Negative protein balance (ภาวะมี Protein catabolism เพิ่มขึ้น) ดังนั้นจึงควรให้มี Alkali therapy ในรูปของ Sodium bicarbonate หรือ Sodium citrate (Shohl's solution) เพื่อรักษาระดับ Serum bicarbonate ให้สูงเกิน 22 mEq/ ลิตร (Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006; Lederer, & Ouseph, 2007)

5) การรักษาภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจาง

ภาวะซีดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกิดจากการขาดฮอร์โมน Erythropoietin เป็นสาเหตุหลัก ซึ่ง Erythropoietin เป็นไกลโคโปรตีนที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยทำหน้าที่กระตุ้นการแบ่งตัว และการพัฒนาเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูกไปเป็นเม็ดเลือดแดง และยังทำหน้าที่กระตุ้นการสังเคราะห์ Hemoglobin และ Reticulocyte จากไขกระดูกออกไปสู่กระแสเลือด สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency) ขาดกรดโฟเลตและวิตามินบี 12 การให้ฮอร์โมน Erythropoietin เริ่มให้เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่า Hematocrit ระหว่าง 33- 36% (Lederer, & Ouseph, 2007) และควรมีการตรวจสอบและแก้ไขภาวะ Anemia จากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ก่อนการพิจารณาให้ Erythropoietin

6) การควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร

โดยปกติแล้วโซเดียม จะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ อาศัยกลไก Glomerular filtration เป็นตัวกรองโซเดียมจากหลอดเลือดที่ Glomerulus สู่ Renal tubar lumen และดูดโซเดียมกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดอีกครั้งหนึ่ง แต่เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรคไตเรื้อรังทำให้มีการดูดกลับโซเดียมลดลง ดังนั้นการรับประทานโซเดียมมากเกินไปจึงทำให้เกิด Salt retention ส่งผลให้เกิดภาวะ Hypertension ตามมาซึ่งเป็นตัวเร่งให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ในระดับเซลล์ การมีโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้เกิด Renal hypertrophy เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นสิ่งไม่ดีต่อโรค ในระยะนี้หากมีการรับประทานโซเดียม ในปริมาณที่น้อยเกินไป ก็อาจเกิดผลเสียกับผู้ป่วยบางราย เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ Salt-losing nephritis คือภาวะที่หลุดลอยไตไม่สามารถที่จะดูดโซเดียมกลับเข้าสู่กระแสโลหิตได้ ทำให้เกิดมีปัสสาวะมากและสูญเสียโซเดียม โฟสเฟตเซียม ออกทางปัสสาวะเป็นจำนวนมาก (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ดังนั้นปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันควรสมดุลกับปริมาณที่ขับออกทางปัสสาวะเช่นเดียวกัน คือ 100 mEq ต่อวันหรือเท่ากับโซเดียม 2.3 กรัมหรือเท่ากับเกลือแกง (Sodium chloride) ปริมาณ 5.8 กรัม ในส่วนของอาหาร Low salt diet นั้นควรมีปริมาณ

ของเกลือโซเดียมประมาณ 4-6 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่โซเดียมที่รับประทานเข้าไปจะมาในรูปแบบของเกลือแกง สารปรุงแต่งรสชาติอาหาร ได้แก่ ผงชูรส ซุปก้อน ผงปรุงรสในการทำอาหารสำเร็จรูป เป็นต้น อาหารกระป๋อง ซอสปรุงรสต่างๆ ที่มีรสเค็ม เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา ซอสถั่วทุกชนิด เป็นต้น ดังนั้นควรลดการเติมเกลือ น้ำปลา ซอสต่างๆ เพิ่มในอาหาร งดอาหารหมักดองทุกชนิด ไข่เค็ม ปลาร้า ปลาเค็ม อาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยวประเภทซอง ส่วนอาหารแปรรูปก็ควรงด เพราะมีส่วนผสมของเกลืออยู่มาก เช่น ไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง แหนม เป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2550; ประเสริฐ ธนกิจจารุ และ อนุตร จิตตินันท์, 2549)

7) การควบคุมปริมาณฟอสฟอรัส

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น หากพบว่าปริมาณฟอสฟอรัสในร่างกายสูงเกินกำหนด มักจะก่อให้เกิดปัญหาได้หลายประการ (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ปัจจุบันนั้นเชื่อว่า ระดับ Serum phosphate ที่สูงในเลือดนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อให้เกิดปัญหากระดูกพรุนและจับตัวกับแคลเซียมตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย การจำกัดฟอสฟอรัสในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นพบว่าสามารถลดอัตราการเสื่อมของไตได้ ดังนั้นจึงควรควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดอยู่ระหว่าง 3.5-5.5 mg/dl (ชนันดา ตระการวนิช, 2550) ซึ่งการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดนั้นสามารถควบคุมได้โดย การลดการบริโภคอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ อาหารโปรตีนจาก เนื้อ นม ไข่ เมล็ดพืช หรือเครื่องดื่มที่ทำเป็นเกล็ด ได้แก่ กาแฟผงพร้อมดื่ม ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม เป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) โดยทั่วไปร่างกายควรได้รับฟอสฟอรัสน้อยกว่า 600 mg/ วัน และเสริมให้ร่างกายได้รับแคลเซียมอย่างเพียงพอ

8) การจำกัดโปรตีน

การจำกัดอาหารโปรตีน เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การควบคุมภาวะยูรีเมียและการชะลอความเสื่อมของไต โดยใช้ Low Protein Diet (LPD) นั้นจะสามารถลดการเผาผลาญสารอาหารโปรตีนที่ออกมาเป็น Urea-Nitrogen ดังนั้นการใช้ Low Protein Diet (LPD) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะ Uremic syndrome จะสามารถช่วยลดระดับ Serum urea-nitrogen ได้ ทำให้การมีอาการของภาวะ Uremia ลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายตัวมากขึ้น การจำกัดสารอาหารโปรตีนในผู้ป่วย CKD ระยะต้น นั้นสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ แต่หากให้อาหารโปรตีนต่ำมากเกินไป (Very-low protein diet) นั้นไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ (เกรียง ตั้งสง่า, 2550) ปริมาณโปรตีนที่ควรบริโภคในแต่วันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะต้นคือ 0.75 กรัม/น้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม/วัน ส่วนในผู้ป่วยระยะที่ 4-5 ควรได้รับโปรตีน 0.6 กรัม/น้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม/วัน (Lederer, & Ouseph, 2007; Wright, & Jones, 2010)

9) การใช้แนวทางอื่นๆ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ถือว่าเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ที่มีปัญหาในเรื่องของโภชนาการ (Nutrition) แม้ว่าในระยะแรกของโรคนั้น ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานอาหารได้เป็นปกติ แต่เมื่อการทำงานของไตเสื่อมถอยมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ผู้ป่วยมักเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและรับประทานอาหารได้น้อยลง จนเกิดเป็นภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) (Thomas, Kanso, & Sedor, 2008) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน ซึ่งในผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ควรได้รับพลังงาน 30 - 35 kcal/kg/day (Lederer, & Ouseph, 2007) นอกจากปัญหาของทุพโภชนาการจะเป็นผลที่ตามมาจากรโรคเรื้อรังแล้ว การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสถานะของโรค เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้โรคไตเรื้อรังนั้นมีอัตราการเสื่อมของโรคเร็วขึ้น

2.1.5.2 การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy)

มีดังนี้

1) การขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง (Peritoneal dialysis)

เป็นการรักษาทดแทนไต ในผู้ป่วยไตวาย (Kidney Failure) รูปแบบหนึ่ง โดยอาศัยขบวนการแลกเปลี่ยนสาร และน้ำระหว่างน้ำยา Dialysis และพลาสมาของผู้ป่วยผ่านเยื่อบุผนังช่องท้อง ประกอบด้วย 3 ขบวนการเกิดขึ้นพร้อมกันคือ 1) ขบวนการซึมผ่าน (Diffusion) เป็นขบวนการแพร่ของของเสียและเกลือแร่ส่วนเกินจากเลือด ซึ่งมีความเข้มข้นสูงกว่าผ่านเยื่อบุผนังช่องท้อง ออกไปยังน้ำยา Dialysis ซึ่งมีความเข้มข้นต่ำกว่า 2) ขบวนการ Ultrafiltration เป็นขบวนการกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายผู้ป่วย โดยอาศัยแรงดันน้ำของสารที่มีความเข้มข้นของสารละลายสูงในน้ำยาไดอะลิซิสเรียกสารที่มีความเข้มข้นของสารละลายสูงนี้ว่า Osmotic agent 3) ขบวนการดูดซึมกลับ (Reabsorption) เป็นขบวนการดูดซึมน้ำและสารละลายจากน้ำยา Dialysis ในช่องท้องคืนสู่หลอดเลือดผ่านทางท่อน้ำเหลือง (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2547)

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

เป็นขบวนการนำเลือดออกจากร่างกายเพื่อมาแลกเปลี่ยนน้ำ และสารต่างๆ นอกในร่างกาย โดยผ่าน Semi permeable membrane ใน Dialyzer สารต่างๆ ที่คั่งอยู่ในเลือดซึ่งได้แก่ ของเสียหรือสารพิษ ในผู้ป่วยไตวายจะลดลงภายหลังการฟอกเลือด โดยขั้นตอนการทำงานของเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย การดึงเลือดจากผู้ป่วยผ่านทาง Blood compartment เพื่อส่งเลือดเข้าไปใน Dialyzer และเข้าสู่ Dialysate part ที่จุดนี้จะมีการขจัดของเสียเกิด (Uremic toxin) ขึ้นหรือเกิดการแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่างๆ ระหว่างเลือด กับ Dialysate จนเท่ากัน (สุพรรณ วาณิชการ, 2551) กระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาศัยกระบวนการ 2

อย่าง เพื่อช่วยขจัดของเสีย (Uremic toxin) และนำออกจากร่างกาย โดยอาศัย 1) กระบวนการแพร่ (Diffusion) ซึ่งเป็นการเคลื่อนที่ของอนุภาคของสารในสารละลาย จากบริเวณที่มีความเข้มข้นของสารสูงไปสู่บริเวณที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า ผ่าน Semipermeable membrane ไปยัง Dialysate ซึ่งมีความเข้มข้นของของเสียต่ำตลอดเวลาที่มีความแตกต่างกันของความเข้มข้นระหว่าง Compartment ทั้งสอง ดังนั้นเลือดที่ออกจาก Dialyzer จึงมีความเข้มข้นของของเสียลดลง ซึ่งจะหมุนเวียนกลับเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ในขณะที่ Dialysate ที่ออกจาก Dialyzer จะมีความเข้มข้นของของเสียเพิ่มขึ้นซึ่งจะถูกนำไปทิ้งต่อไป (जर ศิริธนากุล และกฤษณพงศ์ มโนธรรม, 2547; สุพัฒน์ วาณิชการ, 2551)

2) Ultrafiltration เป็นการอาศัยความดันที่แตกต่างกัน โดยทำให้เกิดความดันบวกใน Blood compartment จึงทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของน้ำ จากเลือดออกไปยัง Dialysate เพื่อขจัดน้ำที่เป็นส่วนเกินออกจากร่างกาย การฟอกเลือดแต่ละครั้งใช้เวลาติดต่อกัน 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพื่อลดการคั่งของของเสียในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุพัฒน์ วาณิชการ, 2551)

3) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation)

การปลูกถ่ายไตหมายถึง การผ่าตัดนำเอาไตที่ปกติหนึ่งข้างมาผ่าตัดใส่ให้กับผู้ป่วยโรคไตวาย (Kidney Failure) โดยที่ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดนำไตเก่าของผู้ป่วยออก ยกเว้นในกรณี เช่น ไตเก่าติดเชื้อเป็นต้น เพราะอาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ จึงจำเป็นต้องผ่าตัดออก และโดยมากจะทำก่อนหน้าที่จะปลูกถ่ายไต หลักการของการปลูกถ่ายไตคือการนำไตที่ดีจากผู้ให้ไตหรือผู้บริจาคไต (Donor) ไปให้แก่ผู้ป่วยไตวาย (Kidney Failure) ที่เรียกว่าเป็นผู้รับไต (Recipient) ซึ่งผู้ให้ไตแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

3.1) ผู้ให้ไตที่เสียชีวิต (Cadaveric donor) คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตายแต่ร่างกาย คือการทำงานของหัวใจและไตยังปกติ

3.2) ผู้ให้ไตที่ยังมีชีวิต (Living donor) ซึ่งมักเป็นญาติกับผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง การบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไต เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวาย (Kidney Failure) ในปัจจุบัน และเป็นวิธีที่นิยมและแพร่หลายกันมากเนื่องจากทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550)

2.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องปรับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ (วัลลา ดันตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2552) ดังนั้นการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงควรเน้นในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการจัดการกับโรคหรือภาวะ

คุณภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อธำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง หรือทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีภาวะพึ่งพาน้อยลง สามารถจัดการกับโรคหรือภาวะคุกคามอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลควรให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การจำกัดน้ำและอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ทำให้ระดับของเสียในเลือดไม่สูงขึ้นเร็ว ไม่เกิดภาวะน้ำเกินและภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับปริมาณแคลอรีอย่างเพียงพอต่อความต้องการพลังงานของร่างกายในแต่ละวัน จำกัดอาหารประเภทโปรตีน และปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัก ผลไม้ที่มีโปแตสเซียม และฟอสฟอรัสสูง เช่น เครื่องในสัตว์ นม เนย เมล็ดพืช ไข่ เพราะมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น (ยุวดี ชาติไทย, 2553; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555)

2) การจัดการกับอาการอ่อนล้า พยาบาลควรให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ การจัดการกับอาการอ่อนล้าทั้งในขณะที่ได้รับการรักษา และภายหลังการรักษา ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 มักมีอาการอ่อนล้าได้บ่อย เนื่องจากไตกำจัดของเสียในร่างกายได้น้อยลง จึงต้องปรับการทำกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม คือ

2.1) การสงวนพลังงาน โดยการปรับการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น การเรียง ลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ทำกิจกรรมอย่างช้าๆ และหาผู้ช่วยทำแทน เพื่อที่จะไม่ให้ยุ่งเกินไปหรือเหนื่อยเกินไป หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องออกกำลังอย่างหักโหม เพราะนอกจากจะทำให้เหนื่อยเกินไปแล้วยังเป็นการเพิ่มกระบวนการ catabolism อีกด้วย หรืออาจใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อประหยัดแรงงาน ควรหลีกเลี่ยงการงีบหลับกลางวันนานเกินไป ซึ่งจะรบกวนการนอนกลางคืน และควรหาแนวทางการแก้ไขปัญหานอนไม่หลับ และความรู้สึกสบายต่าง ๆ ที่จะมีผลรบกวนการนอนหลับและการพักผ่อน เช่น การจัดการสภาพแวดล้อม การลดอาการคันตามผิวหนัง ด้วยการอาบน้ำไม่ฟอกสบู่ และหลังอาบน้ำควรทาโลชั่นเพื่อไม่ให้ผิวหนังแห้งเกินไปทุกครั้ง (ยุวดี ชาติไทย, 2553; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555)

2.2) ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการอ่อนล้า เช่น ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม พูดคุยกับเพื่อน การนวดตามร่างกาย หรือ นวดกดจุดต่างๆ การทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานฝีมือ จัดดอกไม้ วาดรูป เป็นต้น

3) การปรับตัวและการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในระยะท้าย ๆ ของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ได้แก่ น้ำหนักลด ความตึงตัวของ กล้ามเนื้อลดลง สีและลักษณะของผิวหนัง

เปลี่ยนไป ความทนต่อการทำกิจกรรมน้อยลงเพราะขาดพลังงาน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ สูญเสีย หรือต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และงานอาชีพ รวมทั้งส่งเสริมญาติและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล

4) การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโรคไตเรื้อรัง เช่น อาการบวม ลักษณะและปริมาณการขับถ่ายปัสสาวะ อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ฯลฯ หากพบอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีการดำเนินโรคไปในทางที่เลวลง ดังนั้นพยาบาลควรดูแลและติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า

2.2.1 ความหมายของอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้า (Fatigue) เป็นการรับรู้อาการจากความรู้สึกของบุคคล หรืออาการแสดงที่บุคคลอื่นสามารถที่จะสังเกตเห็นได้ ซึ่งอาการอ่อนล้า นั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งในบุคคลที่ปกติหรือคนที่มีความเจ็บป่วย อาการอ่อนล้า นั้นมีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างและหลากหลาย

Aistars (1987) ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลนั้นรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลังหรือรู้สึกว่าคุณไม่มีพลังงาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก การเผชิญความเครียดเป็นเวลานาน ส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเกิดความบกพร่อง และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

Carpenito (1999) ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าว่า เป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง และส่งผลให้ความสามารถในการทำงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจนั้นลดลง และไม่สามารถบรรเทาอาการอ่อนล้า นั้นลงได้เพียงเพราะการพักผ่อน

Piper (1993) ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าไว้ว่า หมายถึง เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงเกิดภาวะความผิดปกติหรือรับรู้ถึงว่าร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก ซึ่งอาจเกิดจากความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน หรือเป็นเรื้อรัง ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียว นั้นไม่สามารถทำให้ความรู้สึกอ่อนล้าเหล่านั้นหายไป และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

Vestergaard และคณะ (2009) ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้า หมายถึง อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีแรง ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ทำให้ไม่มีความสุขและทำให้เกิดคุณภาพชีวิตลดลง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า อาการอ่อนล้า นั้นเป็นอาการที่บุคคลสามารถ ประเมินหรือรู้สึกได้ว่ามีความผิดปกติของร่างกาย คือ เหนื่อย เพลีย หรือ อ่อนเพลียมากจนไม่มีแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายและกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของบุคคล

2.2.2 ชนิดของอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (Piper, Dibbles, & Dodd, 1987) ขึ้นกับ ระยะเวลาและสาเหตุของการเกิด ซึ่งอาการอ่อนล้า นั้นเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ว่าสุขภาพดีหรือเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น สามารถแบ่งได้ดังนี้

2.2.2.1 อาการอ่อนล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) เป็นอาการที่สามารถ เกิดขึ้นได้ทั่วไปและสามารถเกิดได้ตลอดเวลา โดยเกิดขึ้นเฉพาะส่วนหรือทั่วร่างกาย เกิดขึ้นในเวลา อันรวดเร็วเป็นระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 1 เดือน หากได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง สามารถหายคืนเป็น ปกติได้ ซึ่งอาการอ่อนล้า นั้นเป็นอาการเตือนหรือเป็นสัญญาณเตือนจากกลไกของร่างกาย เพื่อเตือน ให้ร่างกายได้พักผ่อนหรือหยุดทำงาน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานที่หนักมาก เกินไป อาการที่เกิดขึ้นนั้นอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน หรือกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตบ้าง เพียงเล็กน้อย

2.2.2.2 อาการอ่อนล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) อาการอ่อนล้าชนิดนี้ เป็นอาการที่ผิดปกติ ซึ่งอาการจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และมีอาการมากกว่า 1 เดือน ส่วนใหญ่มี สาเหตุมาจากความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน มีอาการคงที่หรืออาจกลับมาเป็นซ้ำได้อีก และไม่สามารถหายหรือกลับมาสู่สภาพปกติได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว และอาจต้องใช้กลวิธีในการแก้ไข อาการหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของบุคคลก่อนข้างรุนแรงได้ และ หากอาการอ่อนล้านี้เกิดขึ้นนานมากกว่า 6 เดือน จะเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า กลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome; CFS) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม เพศ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งผลกระทบที่ตามมานั้นอาจทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงานของร่างกายหรืออาจทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดเป็นความทุกข์ทรมาน ทำให้มีผลต่อ การดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลง (Jorgensen, 2008; Vestergaard et al., 2009)

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทน ไต และเป็นอาการอ่อนล้าชนิดเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายซึ่งมี อาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นระยะเวลานาน มีความรุนแรงและมีความซับซ้อน ที่ยากจะวินิจฉัยในการ หาสาเหตุการเกิดอาการ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน และจะเห็นได้ว่าการพักผ่อนอย่างเดียวยังไม่สามารถที่บรรเทาอาการอ่อนล้านั้นให้หายไปได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องใช้การบรรเทาอาการหลากหลายวิธีร่วมกันในการช่วยบรรเทาอาการอ่อนล้า

2.2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าเป็นปรากฏการณ์หลายมิติ หลายสาเหตุ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในคนปกติและคนที่มีความเจ็บป่วย ซึ่งอาการอ่อนล้าเป็นการรับรู้หรือเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล อาจเป็นอาการแสดงที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เมื่อมีอาการอ่อนล้าเกิดขึ้นแล้วมักส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคล แต่ยังไม่สามารถทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัด โดยกลไกการเกิดอาการอ่อนล้าตามแนวคิดของ Piper และคณะ (1987) เป็นกลไกที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าปัจจัยเดียว หรือหลายปัจจัยร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลหนึ่งสามารถเกิดอาการเหนื่อยล้าได้จากปัจจัยเดียว ในขณะที่บุคคลหนึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน และปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการในแต่ละบุคคลก็แตกต่างกันไป ดังนี้

Piper, Dibbles, & Dodd, (1987) ได้สร้างกรอบแนวคิด Integrated Fatigue model จากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า นำไปสู่การสร้างทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าขึ้น กรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าโดยพื้นฐานมาจากประสบการณ์ ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านกายภาพ (Physiological factors) ด้านชีวภาพ (Biological factor) และทางด้านจิตสังคม (Psychological factors) ดังนี้

1) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงาน และสารที่ให้พลังงาน (Changes in energy and energy substrate pattern) ซึ่งแบบแผนนี้ เกี่ยวข้องกับสารอาหารที่ได้ เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน ทั้งจำนวน เวลาและชนิดของอาหาร ที่ได้รับอิทธิพลต่อการเกิดอาการอ่อนล้า สารอาหารที่ร่างกายได้รับนั้น จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นสารที่ให้พลังงาน ATP ซึ่งต้องใช้เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย นอกจากนี้ โปรตีนยังช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ใยกล้ามเนื้อของร่างกาย ถ้าวร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการขาดพลังงาน ATP ที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือใยกล้ามเนื้อขาดโปรตีน ดังนั้นการหดตัวของกล้ามเนื้อจึงลดลง และเกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อขึ้น (Piper, 1991)

2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Innate host factor) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น อายุเมื่อมากขึ้นจะทำให้มีภาวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมสภาพลง ทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การทำงานของหัวใจ ปอด มีประสิทธิภาพลดลง เป็นผลทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายนั้นได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

3) การสะสมของเสียจากการเผาผลาญของร่างกาย (Metabolic accumulation) โดยปกติแล้วเซลล์กล้ามเนื้อในร่างกายจะมีการสะสมของเสียอยู่น้อยมาก เพราะร่างกายมีการปรับตัวในการรักษาสมดุลในร่างกายตลอดเวลา แต่เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายเกิดการสะสมของเสียที่เกิดจากการ

เผาผลาญมากขึ้น เช่น กรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนออกไซด์ ยูเรีย ครีเอตินีน ยูริก แอมโมเนีย เป็นต้น ของเสียเหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ดังนั้นผลที่ตามมาคือ อาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ

4) แบบแผนการหลับการตื่น (Sleep/wake patterns) อาการอ่อนล้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวงจรชีวภาพ ในระยะที่ 3 ของการนอน ซึ่งเป็นช่วงของการหลับไม่มีการกรอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid eye movement sleep; NREM) เป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัว ร่างกายใช้พลังงานลดลงเนื่องจากอวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อน และเป็นระยะที่ร่างกายสะสมพลังงาน ATP ไว้ใช้ รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการสะสมโปรตีนในกล้ามเนื้อด้วย เมื่อเข้าสู่การหลับระยะที่ 4 ร่างกายจะหลั่ง Growth hormone เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ หากมีการหลับได้ไม่เพียงพอหรือมีการตื่นบ่อย ในช่วงของการนอนหลับ มีการตื่นเร็วกว่าปกติ เป็นผลให้ร่างกายนั้นไม่สามารถสร้างสารให้พลังงานสูง ATP สะสมโปรตีน หรือหลั่ง Growth hormone ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้นำไปสู่การเกิดอาการอ่อนล้า (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

5) แบบแผนการพักผ่อนและกิจกรรม (Activity/Rest patterns) การทำกิจกรรมหรือการพักผ่อนนั้น มีความสำคัญต่อการเกิดอาการอ่อนล้า หากร่างกายมีกิจกรรมที่ต้องทำมากเกินไปในแต่ละวันจนต้องนำพลังงานสะสมในร่างกายมาใช้ จะทำให้ร่างกายเกิดการขาดพลังงาน หรือมีการสะสมของเสียจากการเผาผลาญมากขึ้น ในทางกลับกันถ้าร่างกายมีการทำกิจกรรมที่น้อยเกินไป เป็นเวลานานๆ จะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมาได้เช่นกัน การพักผ่อนมีส่วนสำคัญ การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถทำได้ตั้งแต่การทำกิจกรรมให้น้อยลงหรือการหยุดทำกิจกรรมเป็นพักๆ การพูดคุย การนอนหลับหรือพักงีบ เพราะหากร่างกายยังต้องทนการทำกิจกรรมอย่างหนักไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการหยุดพักผ่อน ร่างกายจะไม่สามารถปรับให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้

6) แบบแผนของโรค (Disease patterns) อาการอ่อนล้ามักเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ได้ทั้งที่เป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน เช่น โรคมะเร็ง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคตับ เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่มีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ หรืออาจเกิดจากภาวะเครียดต่อโรคที่เป็นอยู่ จึงทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า และอาการอ่อนล้าก็ยังขึ้นอยู่กับชนิดและบริเวณที่เป็นโรค (Piper, 1991)

7) แบบแผนการแสดงอาการของโรค (Symptom patterns) อาการของโรคอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอาการอ่อนล้าได้ เช่น อาการเจ็บปวด ภาวะหายใจลำบาก อาการไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน การเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น ส่งผลทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้าตามมา (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

8) แบบแผนการรักษา (Treatment patterns) แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การรักษามุ่งเน้นไปที่การชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นจึงต้องควบคุมและจำกัดสารอาหาร เนื่องจากไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ โดยเฉพาะยูเรีย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับสารอาหารทดแทนหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้าได้

9) แบบแผนด้านจิตใจ (Psychological patterns) จากผลทางด้านจิตใจนั้นเป็นสาเหตุของความอ่อนล้าที่สามารถพบได้บ่อย ซึ่งได้แก่ การเกิดความเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจ หรือการต้องเผชิญกับความเครียด ความเบื่อหน่ายหรือขาดแรงจูงใจนั้น ทำให้ระบบ Reticulum activating ไม่สามารถลงไว้ซึ่งการตื่นตัว เป็นผลให้เกิดอาการอ่อนล้าได้ นอกจากนั้นการเผชิญภาวะเครียด ร่างกายจะตอบสนองโดยการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าและต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) ทำให้ร่างกายทำงานไม่ประสานกัน

10) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมและการส่งผ่าน (Change in regulation/patterns) เมื่อมีสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก มากระตุ้นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย จึงมีการส่งสัญญาณผ่านไปยังระบบ Reticulum activating เพื่อให้เกิดการรับรู้ การตื่นตัวไปยังสมองใหญ่ ส่งสัญญาณไปที่ไขสันหลังเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัว เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณ ทางผ่านของสัญญาณหรือสารสื่อประสาท ทำให้สัญญาณประสาทนั้นไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ จึงทำให้เกิดอาการง่วงซึม ไม่มีความตื่นตัว การตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ผลคือทำให้เกิดอาการอ่อนล้าตามมา

11) แบบแผนเหตุการณ์ชีวิต (Life event patterns) การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การเจริญเติบโตและตามพัฒนาการ (Piper et al., 1987) อาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียด นั้นนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1991)

12) แบบแผนการใช้ออกซิเจน (Oxygenation patterns) การเกิดภาวะความไม่เพียงพอของออกซิเจน ในร่างกายไม่ว่าจะจากสาเหตุใด เช่น จากพยาธิสภาพของโรคทางระบบเดินหายใจ ภาวะช็อคทำให้เกิดตัวนำออกซิเจนลดลง หรือเกิดจากการทำงานของร่างกายที่หนักนานมากเกินไป จนทำให้ระดับของออกซิเจนในร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่สามารถสลายพลังงาน ATP มาใช้ได้ ร่างกายขาดพลังงาน จึงเกิดอาการอ่อนล้าตามมา (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987)

13) แบบแผนทางสังคม (Social patterns) เป็นวิถีการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรมหรือแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกออกจากสังคม เกิดความเครียด ซึ่งสามารถนำไปสู่อาการอ่อนล้าได้ (Piper, 1991)

14) แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environment patterns) บุคคลเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่ที่มีเสียงดังรบกวนมากเกินไป ร้อนมากเกินไป มีแสงสว่างมากเกินไป หรือเป็นสถานที่ที่ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ความซ้ำซาก ทำให้ขาดความตื่นตัว หรือมีความทนต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ ลดลง ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อขาดความตึงตัว เป็นสาเหตุให้เกิดความอ่อนล้าตามมา

2.2.4 แนวทางการประเมินอาการอ่อนล้า

แนวทางการประเมินอาการอ่อนล้า มีผู้สร้างแบบประเมินไว้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับแนวคิดและมุมมองเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าของผู้ที่ทำการศึกษามีความสนใจในด้านใด ซึ่งอาจเป็นแบบประเมินที่ใช้การประเมินจากรับรู้ของตัวบุคคลหรือตัวผู้ป่วย (Subjective data) และการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม (Objective data) ดังนี้

1) แบบประเมินอาการอ่อนล้าอย่างสั้น (Brief Fatigue Inventory-BFI) ของ Mendoza และคณะ (1999) มีลักษณะเป็นหลายข้อคำถาม ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อเป็นแบบมาตรวัดตัวเลข 0-10 ใช้ประเมินผลกระทบของอาการอ่อนล้าและความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เป็นแบบประเมินที่สั้น ทำให้ง่ายต่อการประเมิน แต่พบข้อจำกัดว่าการประเมินในเรื่องของความรุนแรงของอาการยังไม่ชัดเจนนัก

2) แบบประเมินอาการอ่อนล้าหลายมิติ (Multidimensional Fatigue Inventory - MFI) ของ Smets และคณะ (1995) แบบประเมินนี้เน้นการรับรู้ประสบการณ์อาการอ่อนล้าของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านร่างกาย ด้านกิจกรรม ด้านแรงจูงใจและด้านจิตใจ แต่ละข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ เป็นการประเมินอาการอ่อนล้าในช่วงสั้นๆ ในรอบ 1 วันเท่านั้น

3) แบบประเมินอาการอ่อนล้า Lee Fatigue Scale (Lee, Hicks, & Nino - Murcia, 1991) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าด้วยสายตา แบ่งประเมิน เป็น 2 หัวข้อย่อย คือ อาการอ่อนล้า 13 ข้อ พลังงาน 5 ข้อ โดยเป็นการประเมินอาการขณะนั้นๆ เป็นเครื่องมือที่สะดวก รวดเร็วและง่ายต่อการประเมินในแต่ละครั้ง สามารถประเมินอาการอ่อนล้าได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ไม่เฉพาะเจาะจงกลุ่มโรคใดโรคหนึ่ง

4) แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการอ่อนล้า (Fatigue Assessment Questionnaire) ของ Glaus (1998) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะของอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น ด้านร่างกาย ด้านผลกระทบ และด้านกระบวนการรับรู้ รวมถึงการตอบสนองต่อระดับความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานในช่วงที่ผ่านมา (1 สัปดาห์จนถึง 1 เดือน) แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วย หรือญาติต้องจำเกี่ยวกับประสบการณ์อาการย้อนหลังที่ผ่านมาได้

5) แบบประเมินอาการอ่อนล้า (Revised Piper Fatigue Scale- RPFS) ของ Piper และคณะ (1998) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก แต่เดิมแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 40 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าด้วยสายตา เพื่อให้กระชับและเหมาะสมกับการนำมาใช้มากขึ้น จึงมีการลดข้อคำถามลง เหลือเป็นข้อคำถามเพียง 22 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (Behavior/Severity) 6 ข้อ ด้านความหมายเชิงอารมณ์ (Affective meaning) 6 ข้อ ด้านความรู้สึกรู้สึก (Sensory) 6 ข้อ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (Cognitive/Mood) 5 ข้อ โดยแต่ละข้อประเมินด้วยมาตรวัดแบบตัวเลขตั้งแต่ 0 -10 โดย คะแนนมาก หมายถึง มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับเล็กน้อย ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ .97 (Piper et al., 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกแบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Piper และคณะ (1998) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ระยะเวลาในการประเมินสั้นๆ เพียง 5-10 นาที ซึ่งในเมืองไทย เพียงใจ คาโลปการ (2546) ได้นำแบบประเมินนี้มาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ด้วยการดำเนินการเก็บข้อมูลที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 ส่วน วาทีณี ศรีไทย (2548) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ .93 ร่มรัตน์ หลีสุข (2549) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และดวงรัตน์ มนไชยสง และคณะ (2554) ได้นำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้ค่าความเชื่อมั่น .86 เนื่องจากแบบประเมินนี้ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่น และอยู่ในที่ยอมรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแบบประเมินดังกล่าว มาใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

2.3 แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (Symptom management model) (2001)

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายๆ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้

แนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) นั้นได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Larson และคณะ (1994) กล่าวไว้ว่า การมีอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงการมีอาการที่รุนแรงนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นๆ เข้ารับการรักษาในแต่ละปี ซึ่งอาการนั้นๆ ครอบคลุมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมและทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นความรับผิดชอบของบุคคลและครอบครัว การรักษาโรคที่มุ่งแต่การรักษาแค่เพียงสาเหตุนั้น ไม่สามารถที่จะควบคุมอาการได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการจัดการกับสาเหตุของอาการรบกวนที่เกิดขึ้นไปพร้อมกับการรักษาด้วย ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) นั้นเป็นแบบจำลองการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และการประเมินสถานะของโรค

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น 6 ข้อดังนี้ (Dodd et al., 2001)

- 1) การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นอาการที่บุคคลรายงานอาการด้วยตนเอง
- 2) การนำแนวคิดการจัดการกับอาการมาประยุกต์ใช้ แม้ว่าบุคคลยังไม่เกิดอาการ แต่อาจมีประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล
- 3) บุคคลอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ซึ่งอาจป้องกันการเกิดอาการหรือไม่ให้อาการเกิดมากขึ้นได้ เช่น การทำงานที่เป็นอันตรายและกลวิธีจัดการกับอาการ ที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีประสบการณ์การมีอาการนั้นๆ
- 4) บุคคลที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาพูด เช่น บุคคลที่มีปัญหาในเรื่องของการพูดหรือทารก อาจให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลแปลความ หรือรายงานอาการประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และควรได้รับการจัดการกับอาการที่รบกวน
- 5) กลวิธีจัดการกับอาการ อาจมีเป้าหมายที่ตัวบุคคล ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อม
- 6) การจัดการกับอาการนั้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม

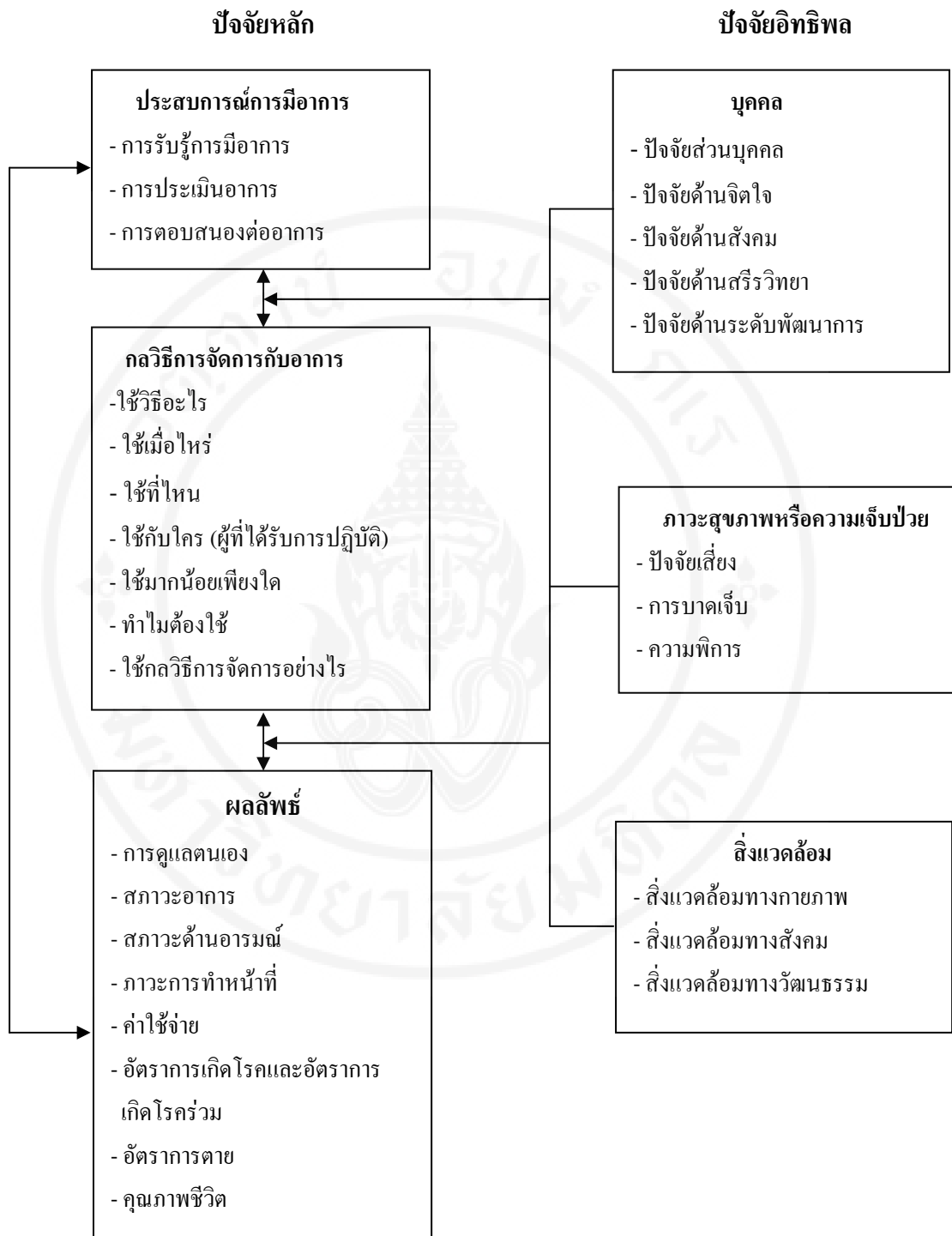
แบบจำลองการจัดการกับอาการ ได้ตระหนักถึงองค์ประกอบในด้านบุคคล (Person) ภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and Illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่มีอิทธิพลต่อ มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยองค์ประกอบของอิทธิพลมีดังนี้

1) บุคคล (Person domain) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ปัจจัยด้านสังคม (Sociological factors) และปัจจัย ทางด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลมี มุมมองและการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน รวมทั้งระดับพัฒนาการ (Development) และวุฒิภาวะ ของแต่ละบุคคลด้วย

2) ภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของ องค์ประกอบทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือ ความพิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลโดยตรงและผลโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการ จัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ

3) สิ่งแวดล้อม (Environment domain) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดอาการ โดยประกอบด้วยตัวแปรในด้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) ซึ่งอาจรวมถึง บ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) เป็นความเชื่อของ บุคคลและการปฏิบัติตามความเชื่อตามแบบอย่างเดียวกันกับกลุ่มบุคคลในชุมชนหรือตามเชื้อชาติ นั้นๆ โดยสถานที่ที่มีผลต่อกลวิธีการจัดการกับอาการและมีผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcome) ดังแสดงในรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 แบบจำลองการจัดการกับอาการ ดัดแปลงจาก Dodd และคณะ (2001)

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์การมีอาการนั้นเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการประเมินความหมายของอาการและอาการตอบสนองต่ออาการนั้น นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติที่เคยรู้สึกหรือที่เคยปฏิบัติ โดยประเมินและตัดสินจากความรุนแรง (Severity) สาเหตุ (Cause) ภาวะคุกคาม (Treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการนั้นเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสังคม ซึ่งการเข้าใจในสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบใน มโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการนั้นมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการสนองตอบต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินอาการและการสนองตอบต่ออาการนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione & Dodd, 1995; Jayne, 1996 cite in Dodd et al., 2001) ถ้าหากบุคคลเชื่อว่า อาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ซึ่งประสบการณ์การมีอาการนั้นประกอบด้วย

1. การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลแปลความผ่านกระบวนการรู้คิดของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ (Larson et al., 1994) ในมโนทัศน์ของประสบการณ์การมีอาการนั้น ปัจจัยด้านบุคคลหรือการรักษาจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ของการมีอาการ

2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) การประเมินอาการนั้นอาจมีความซับซ้อนจากปัจจัยของประสบการณ์การมีอาการ เช่น ความรุนแรง ตำแหน่ง ความบ่อยของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเป็นเรื้อรัง ผลกระทบจากการเกิดอาการ และอาจรวมถึงการประเมินภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นด้วย จากการศึกษาของ Lenz และคณะ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การมีอาการมาก่อน จะสามารถอธิบายถึงอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการมาก่อน

3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการสนองตอบต่ออาการด้านร่างกาย (Physiological component) ด้านจิตใจ (Psychological component) ด้านวัฒนธรรม (Sociocultural component) และด้านพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นการสนองตอบต่ออาการที่ปรากฏให้เห็นทางด้านร่างกาย

กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

กลวิธีการจัดการกับอาการนั้น เป็นการเบี่ยงเบนหรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ด้านลบของประสบการณ์การมีอาการ โดยกลวิธีที่ใช้อาจเป็นการดูแลตนเอง (Self-care) การใช้ยา หรืออาจอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเริ่มจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล ก่อนนำไปสู่กลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นๆ ซึ่งเป้าหมายของการจัดการกับอาการนั้นอาจมีหลายผลลัพธ์ โดยกระบวนการจัดการกับอาการนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและมีความเฉพาะเจาะจงว่าต้องใช้กลวิธีการจัดการอย่างไร ใช้วิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ใช้กับใคร (ผู้ที่ได้รับการปฏิบัติ) ใช้มากน้อยเพียงใดและทำไมต้องใช้ (Dodd et al., 2001) การใช้กลวิธีต่างๆ ในการจัดการกับอาการนั้น สามารถช่วยให้ควบคุมอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ (Peltzer, 2008) และการจัดการกับอาการนั้นเกิดจากเป้าหมายที่เน้นไปยังสมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วย เพราะนอกจากผู้ป่วยแล้วสมาชิกในครอบครัวเปรียบเสมือนกับผู้ที่ได้รับประสบการณ์จากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเคยผ่านประสบการณ์การมีอาการมาแล้ว

ผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากการใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการร่วมกับประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นี้เป็นตัวบ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ ประกอบด้วย 8 ปัจจัย คือ 1) การดูแลตนเอง (Self-care) 2) สถานะอาการ (Symptom status) 3) สถานะด้านอารมณ์ (Emotional status) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) ค่าใช้จ่าย (Costs) 6) อัตราการเกิดโรคและอัตราการเกิดโรคร่วม (Morbidity and Co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) 8) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งผลลัพธ์ทั้งหมดนี้อาจจะมีความสัมพันธ์กันและอาจส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนระยะเวลาในการประเมินอาการนั้นขึ้นอยู่กับความทนของตัวบุคคล ว่าต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและการตอบสนองต่อการรักษา และเมื่อการรักษาอาการประสบความสำเร็จ กลับคืนสู่ภาวะปกติแล้ว การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น ที่สามารถควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นมาอีกได้ (Dodd et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) นั้นมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; สายไหม คุ่มวิจิตร, 2547; สุจิรา พุ่งเฟื่อง, 2550; Malangpoothong, Pongthavornkamol, Sriyuktasuth, & Soparattanapaisarn, 2009) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (ธิดารัตน์ พานชูวงศ์, 2551) สำหรับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาใช้ในการศึกษา เช่น การศึกษาของกรวรรณ

ปานแพ และคณะ (2554) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สุกัญญา จ้อยกล้า (2550) ศึกษาถึงอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และดวงรัตน์ มนโรสง และคณะ (2554) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาหารอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่การศึกษาที่พบจะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ส่วนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต

การศึกษาประสบการณ์การมีอาหารอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้ ประสบการณ์การมีอาหารอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เป็นการรับรู้ต่ออาการอ่อนล้าด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะประเมินอาการอ่อนล้าของตนแตกต่างกันไป เช่น รู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้าอ่อนเพลีย เหนื่อยหรือหมดแรง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ตามที่บุคคลประเมินและตัดสินใจจากภาวะความรู้สึก สาเหตุ ความรุนแรง รวมถึงผลของอาการอ่อนล้าต่อชีวิต ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากนั้นผู้ป่วยจึงได้มีการนำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้ามาใช้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีกลวิธีในการจัดการกับอาการที่ความรู้สึกแตกต่างกันไป โดยเริ่มจากค้นหาวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตัวผู้ป่วยเอง บุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ช่วยค้นหาวิธีต่างๆ เพื่อนำมาจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น จนกระทั่งสามารถจัดการกับอาการหรือบรรเทาอาการลงได้ เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการอ่อนล้า คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

2.4.1 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) นั้น เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย และการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (นันทนา คำแก้ว, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547) เนื่องจากครอบครัว

เป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญยิ่งของบุคคลในการเสริมสร้างพลังกาย พลังใจ เพื่อให้สามารถปรับตัว หรือดูแลตนเองให้เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งการสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ บุคคลในครอบครัว ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงทำให้สามารถดำรงอยู่อย่างเหมาะสม (Pender, 1996) การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดแหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ คู่สมรส บุตร หรือญาติ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนมีคนรักและสนใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคม และมีคนยกย่องเห็นคุณค่าของตนอยู่เสมอ

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็น การมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคล โดยการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้การดูแล การให้ความรักความผูกพัน การให้ความไว้วางใจ การให้การสนับสนุนความคิด และการเคารพในการตัดสินใจ การให้การยอมรับ การเห็นคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ ด้านการบริการและด้านการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, และ Lazarus (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ เพื่อประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต การให้ข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ หรือการบริการจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อให้ได้รับประโยชน์ โดยการให้การช่วยเหลือและการมีปฏิสัมพันธ์กัน

2.4.2 แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

กล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน แรงงานหรือสิ่งของ การได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาและพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาในหลายสาขา หลายแง่มุม ทั้ง จิตวิทยา ระบาดวิทยา สังคมวิทยา มนุษยวิทยา ดังนั้นจึงทำให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในหลายแง่มุมแตกต่างกันไป เช่น

Cobb (1997) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองได้รับความรักความผูกพันที่ใกล้ชิด การดูแลเอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกันกับบุคคลอีกคนหนึ่ง

2) การได้รับการยอมรับและการยกย่องเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า ตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ ยกย่อง นับถือจากบุคคลอื่นในสังคม

3) การสนับสนุนการได้รับให้เป็นส่วนร่วมในสังคม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่บ่งบอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ มีการช่วยเหลือกันในสังคม

House (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 อย่าง คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับการยกย่อง การได้รับการสนับสนุนด้านความรัก ความผูกพัน การได้รับการเอาใจใส่และการได้รับการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรอง และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้สามารถนำไปประเมินตนเอง หรือการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อเสนอแนะ การให้คำแนะนำ การให้ข้อเท็จจริง แนวทางเลือกหรือแนวทางในการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งบุคคลนั้นจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรง เมื่อบุคคลมีความจำเป็นในเรื่องของการเงิน เวลา วัสดุสิ่งของ แรงงานและการปรับสภาพแวดล้อม

Kaplan, Cassel, และ Gore (1977) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุนในด้านความรัก ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและความเอาใจใส่แก่บุคคล

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารของบุคคล รวมถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการได้รับการช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของและการบริการต่างๆ

Shaefer, Coyne และ Lazarus (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ทั้งนี้ได้รวมถึง ความใกล้ชิดและความรักใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจ การให้ความมั่นใจ การยอมรับ การเอาใจใส่ การแสดงออกถึงความห่วงใย การกระตุ้นเตือน ทำให้บุคคลรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถนำข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นไปแก้ไขปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่บุคคลกำลังปฏิบัติอยู่

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง เวลา หรือ แรงงานเมื่อบุคคลต้องการ

2.4.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้น แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม โดยการมีปฏิสัมพันธ์ มีการช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งมีนักวิชาการได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

Lindsey และ Yates (1997) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายทางสังคม ดังนี้

- 1) บุคคลในครอบครัว คือ บิดา มารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง
- 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม คือ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงเพื่อนบ้าน
- 3) บุคลากรทางด้านสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข นักจิตวิทยา รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์
- 4) เครือข่ายของสังคมหรือในชุมชน คือ กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มไปทำบุญร่วมกันที่วัด เป็นต้น

Pender, Murdaugh, และ Parsons (2006) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัวเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ หากครอบครัวมีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวนั้นจะรับรู้ถึงความต้องการของกันและกันได้และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการยอมรับความต้องการของสมาชิกและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) ซึ่งกลุ่มเพื่อนนั้น อาจเป็นกลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต หรือประสบความสำเร็จในการปรับตัว และพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึง หรือเหมือนกับประสบการณ์ที่ผ่านมาได้

3) การสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพ (Organize professional support systems) ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือหรือผู้ที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจง บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือจากเพื่อน ไม่เพียงพอ หรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว

4) การสนับสนุนจากองค์กรศาสนา (Organize religious support systems) ซึ่งเป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบกันที่วัด โบสถ์หรือสถานที่ที่ทางกลุ่มจัดไว้ เพื่อใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในกลุ่ม แบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า มีความเชื่อ มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต นำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพมากขึ้น

5) กลุ่มองค์กร (Organized self-help support groups not directed by health profession) ที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เช่น อาสาสมัคร กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการ หรือมีเหตุผลบางอย่างที่ไม่สามารถจัดหาหรือบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันนั้น เป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือส่งเสริมการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ของสมาชิกในกลุ่ม เช่น กลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังทางด้านสุขภาพ หรือความพิการ

2.4.4 การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวถือเป็นหน่วยสังคมที่เล็กและละเอียดอ่อนที่สุด และเป็นสถาบันที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งสมาชิกในครอบครัวนั้นมักมีความสัมพันธ์ ความผูกพันที่แนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความห่วงใย มีความรัก ความอาทร สมาชิกในครอบครัวจึงมีความผูกพันทางด้านจิตใจสูง ครอบครัวเป็นแหล่งหรือสถาบันที่บุคคลต้องการใช้ชีวิตอยู่ยาวนานมากกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ดังนั้นสถาบันครอบครัวจึงมีความสำคัญมากที่สุด เพราะมนุษย์ทุกคนนั้นล้วนเกิดมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันแห่งแรกในชีวิตที่เป็นแหล่งสร้างหล่อหลอมสมาชิกทั้งการอบรมพฤติกรรม บุคลิกภาพของสมาชิก มีการพึ่งพากันทางสังคม เศรษฐกิจและมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน

2.4.5 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกและสำคัญที่สุด เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่แก่สังคม ครอบครัวมีความหมายหลากหลาย แตกต่างไปตามความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ครอบครัวหมายถึง ผู้อยู่ร่วมกันเป็นครัวเรือน ประกอบด้วย สามี ภรรยาและบุตร เป็นต้น

Schulz (1985) ครอบคลุมหมายถึง สถาบันทางสังคมอีกสถาบันหนึ่ง ซึ่งมีหน้าที่ในการเลี้ยงดู การให้ความรัก ช่วยเหลือ เอาใจใส่และให้การสนับสนุนแก่สมาชิก และมีหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ให้กับสังคม

Spradley และ Allender (1996) ได้กล่าวว่า ครอบคลุมหมายถึงบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกันหรือบริเวณใกล้เคียงกัน มีความรู้สึกทางด้านอารมณ์ร่วมกัน ยอมรับร่วมกันเกี่ยวกับตำแหน่งหรือบทบาท และงานที่เกี่ยวข้องกัน

กล่าวได้ว่า ครอบครัวยุคใหม่ คือ สถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด และมีความสำคัญมากที่สุดของมนุษย์ เนื่องจากเป็นศูนย์รวมของความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และคงไว้ซึ่งความปรารถนาดีต่อสมาชิกในครอบครัว

2.4.6 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

Dunkel-Schetter (1990) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดคือ มีการให้ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มบุคคลที่เป็นญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน

Pender (1996) ได้กล่าวว่า ครอบครัวนั้นเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ และสามารถทำให้เกิดการดำรงตนอยู่ได้อย่างเหมาะสม

Schaefer และคณะ (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นการแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะรับรู้สถานการณ์ความเครียดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน หากบุคคลได้รับการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด จะสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม

ครอบครัว จัดเป็นสถาบันทางสังคมระดับแรก เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม มีบทบาทที่สำคัญต่อสมาชิกทุกเพศ ทุกวัยในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งให้การเลี้ยงดู อบรม เพื่อพัฒนาบุคคลให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีหน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่นให้กับบุคคลที่เป็นสมาชิก เมื่อเกิดอุปสรรค ความผิดหวัง บุคคลในครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจ ปลอบใจให้สมาชิกสามารถจัดการและผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ เหล่านั้นไปได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวนั้น คือการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความพยายามที่จะเข้าใจ การได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาและพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ ตามแนวคิดของ เชฟเฟอร์ คอยน์และลาซาลัส (Schaefer, Coyne, และ Lazarus, 1981) ซึ่งแนวคิดนี้ครอบคลุมในด้านการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากครอบครัวที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างมาก

2.4.7 แนวทางการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อบุคคล เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคคลคุ้นเคยและมักให้ความสำคัญมากกว่าสิ่งใด ทั้งนี้หากบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในทุกด้าน เช่น ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน สิ่งของ เป็นต้น เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยนั้นมีกำลังใจและสามารถก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ไปได้ การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวนั้น มีแบบประเมินที่สร้างจากหลากหลายแนวความคิด ดังเช่น

แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยวิไลลักษณ์ จันทรวง (2534) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้รับการสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน ซึ่งได้นำเครื่องมือที่ผ่านการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 100 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนนกระจายอยู่ระหว่าง 21 - 105 คะแนน คะแนนสูงสุด หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก คะแนนต่ำสุด หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดย สิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ที่ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ – 85 part 2) สร้างโดย Brandt และ Weinert (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไทยและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก จำนวน 10 ราย นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบประเมินนี้เป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ

ครอบครัวที่ได้รับ มีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวม 25 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า ด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวโดยอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งได้สร้างจากแนวคิดของ Shaefer และคณะ (1981) แบบประเมินนี้แบ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จำนวน 10 ข้อ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 ข้อ การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและได้ผ่านการหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้วได้นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ทั้งด้านภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปหาความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ซึ่งสร้างแบบประเมินนี้จากแนวคิดของ Shaefer และคณะ (1981) ซึ่งเป็นแนวความคิดที่ครอบคลุมถึงความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นผลลัพธ์อีกตัวหนึ่ง จากผลลัพธ์ที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการและประสบการณ์การมีอาการ ในแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) การศึกษาในครั้งนี้ หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและการสนับสนุนจากครอบครัว

2.5.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตนั้น เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายกว้าง ซ้ำซ้อนกัน ในหลายมิติ จึงมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันไป ซึ่งการที่บุคคลจะมีคุณภาพที่ดีขึ้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน และแต่ละด้านนั้นจะมีความสำคัญแตกต่างกันเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับมุมมองแต่ละบุคคล หรือในแต่ละสังคม

ราชบัณฑิตยสถาน (2544) กล่าวว่า คำว่าคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วย 2 คำ คือ คุณภาพ ซึ่งหมายถึงลักษณะที่เด่นและลักษณะที่ดีของบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ ส่วนคำว่าชีวิตนั้น หมายถึง ความเป็นอยู่ของบุคคล ดังนั้นเมื่อนำคำทั้ง 2 มารวมกันจึงหมายความว่า ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั่นเอง

Padilla (1983) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตนั้นหมายถึง การรับรู้ ความพึงพอใจในชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งวัดได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีทัศนคติต่อตนเองของบุคคลต่อสุขภาพและความพอใจในชีวิต รวมถึงความรู้สึกที่บุคคลรู้สึกเมื่อบุคคลนั้นๆ ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม

Ferrans (1990) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงความพอใจในชีวิตของบุคคล พิจารณาจากความพึงพอใจและการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณรวมถึงครอบครัว

Sherry (2004) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตในแต่ละมิติ และนำมาบูรณาการเป็นการรับรู้ในภาพรวมสะท้อนถึงอารมณ์ ความคิดของแต่ละบุคคล

Church (2004) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล ภายใต้อารมณ์ของตนเองในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านสังคมในบริบทและสิ่งแวดล้อมของตน

กล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองของบุคคลแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ

2.5.2 แนวคิดคุณภาพชีวิต

แนวคิดของคุณภาพชีวิตมีหลายแนวคิด ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามแตกต่างกันไปในแต่ละมุมมองของบุคคล การที่บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ซึ่งแต่ละส่วนขององค์ประกอบต่างๆ นั้นต่างก็มีความสำคัญแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและแต่ละสังคม

Zhan (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้านสังคมเศรษฐกิจ เกี่ยวกับความพึงพอใจในอาชีพ รายได้ การศึกษาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ในเรื่องภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และด้านความพึงพอใจในชีวิต เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต

WHO (1996) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้หรือความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม มี 4 องค์ประกอบคือ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) ซึ่งเป็นการรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคล และมีผลต่อชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นๆ 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) นั้นเป็นการรับรู้ถึงสภาพทางด้านจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองของบุคคล

Padilla และ Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

กล่าวได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คือ เป็นการรับรู้ การมีความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพของบุคคลแต่ละคน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคลนั้น

2.5.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้น เนื่องจากมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป จึงมีการสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตมากมายหลายแบบ ขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละบุคคลหรือขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กันในปัจจุบันได้แก่

แบบประเมินคุณภาพชีวิต Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) โดยเครื่องมือนี้ Ware และคณะ (1993) ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งแบบประเมินนี้นิยมใช้กันทั่วโลก เป็นแบบประเมินทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงเฉพาะโรคหรือผู้รับบริการ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มี 36 ข้อคำถาม ประเมินครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ความเจ็บปวดของร่างกาย 3) บทบาทด้านร่างกาย 4) ภาวะสุขภาพทั่วไป 5) ความมีชีวิตชีวา 6) บทบาททางด้านอารมณ์ 7) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 8) การทำหน้าที่ทางด้านสังคม แต่ได้มีการดัดแปลงหมวดคำถามจากแบบสอบถาม SF-36 ให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของโรคไตเรื้อรังชื่อ Kidney Disease Quality of Life-36 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง (Specific instrument) ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวดคำถาม คือ 1) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (Generic core) เกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ 2) ภาระจากโรคไต (Burden of kidney disease) 3) อาการโรค

ไตเรื้อรัง (Symptoms) และ 4) ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง (Effect of kidney disease) (Gibbons, & Fitzpatrick, 2010; Joshi, Mooppil, & Lim, 2010) แต่ไม่เหมาะในการนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากข้อคำถามส่วนมากเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะ และผลกระทบของการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางหน้าท้อง

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality Of Life Index) พัฒนาขึ้นโดย Padilla และคณะ (1983) ซึ่ง ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความรู้สึกในการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม แบบประเมินชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำโคลอสโตมีย์ โดยสมจิต หนูเจริญกุล (2531) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในประเทศไทย กัทลียา อุกติม และฉัฐนิช จันทจิรโกวิท (2007) ได้นำมาใช้ในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง จากนั้นได้นำแบบประเมินทดลองใช้กับผู้ป่วย 57 ราย หาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ .69 แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อ ด้านลบ 5 ข้อ (3, 4, 13, 16, 19) ลักษณะคำตอบในคำถามแต่ละข้อจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับโดยปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยค่า 2 ค่าที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนบนเส้นตรงอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ไม่มีเลข ให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนนระหว่างช่วงมีเลขกำกับช่องละ 10 สำหรับคำถามด้านลบ คะแนนของข้อนั้นจะถูกกลับก่อนรวมกับคะแนนของข้อคำถามด้านบวกคะแนนรวมของแบบสอบถามจะมีค่าตั้งแต่ 0 - 1900 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึงคุณภาพชีวิตยิ่งดี

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล มีโครงสร้าง 6 มิติ จำนวนข้อคำถาม 227 ข้อ และต่อมาในปี ค.ศ. 1994 ได้ปรับปรุงเป็น 100 ข้อคำถาม และในปี ค.ศ. 1996 องค์การอนามัยโลกได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) โดยคัดเลือกจากชุด 100 ข้อ คำถามครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสัมพันธภาพทางสังคม เครื่องมือนี้สามารถนำมาใช้ได้ไม่จำกัดผู้ใช้บริการหรือวัฒนธรรม และได้มีการนำเครื่องมือ WHOQOL-100 ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .76 (Jolanda, 1995) สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541)

ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่สับสน มีจำนวน 26 ข้อคำถาม ครอบคลุมการวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 โดยการเปรียบเทียบกับ WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่ง ยวดี ธีระศิลป์ (2547) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .92 และดวงรัตน์ มนโรสง และคณะ (2554) ได้นำมาศึกษาประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนลำ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จำนวน 26 ข้อคำถาม และประกอบด้วย องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้ถึงสภาพร่างกายของบุคคล ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงผลกระทบบนการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง เป็นต้น ได้แก่ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้ถึงสภาพจิตใจตนเองของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ข้อคำถามที่ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสังคมหรือการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆในสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ว่าคุณมีความปลอดภัย มั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ เป็นต้น ได้แก่ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ในข้อคำถามที่ 1 และ 16 เป็นข้อคำถามในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน และมีข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ 2, 9 และ 11 ในคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ระดับคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีคุณภาพชีวิตดี

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเน้นประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยไม่ได้วัดรายละเอียดของโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และการรักษาโดยทั่วไปที่มีต่อผลคุณภาพชีวิต

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิต

จากแนวความคิด แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งผลลัพธ์ของ แบบจำลองการจัดการกับอาการนั้นมีปัจจัย 8 ปัจจัย และคุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในปัจจัยของผลลัพธ์ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์และส่งผลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทั้งกับประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการ จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต นั้นพบว่ายังมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังชนิดอื่น เช่นในการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการศึกษาของ Ahlberg, Ekman, และ Gaston-Johansson, (2005) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า อาการร่วมอื่นๆและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ Janz และคณะ (2007) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาล้างการผ่าตัด พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดถึงร้อยละ 81 ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ได้มีการศึกษาโดย ดวงรัตน์ มนโรสง และคณะ (2554) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46, p < .01$) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

การสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวมีความสำคัญ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมาก เช่น การศึกษาของเสาวนิจ นิจนันต์ชัย, และมาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และคณะ (2007) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการปฏิบัติตัวเหมาะสม ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee และ Wang (2001) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น และการศึกษาของ Shoaib และคณะ (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และในเรื่องของอาหาร จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีและทำให้มีการเข้าสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปในทางบวกเสมอ ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นเป็นการแสดงถึงการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ต่อบุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1996) เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาโดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของคอคอร์ดและคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตนั้น ยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษา แต่มีรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้

2.7 สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการศึกษาต่างๆ พบว่าอาการอ่อนล้า เป็นอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมของของเสียในร่างกาย ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ดังนั้นเมื่อเกิดอาการรบกวนต่างๆ ขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการบรรเทาอาการต่างๆด้วยตนเอง ก่อนที่จะเกิดอาการรบกวนมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมานั้น การศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า และกลวิธีการจัดการกับอาการนั้น พบเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต และเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทั่วไป ไม่เน้นเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ส่วนประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และนำไปสู่การหาแนวทางเพื่อการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษา ติดตามการรักษา ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ มีคุณลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์กำหนดการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (ระยะที่ 4-5) โดยใช้สูตร CKD-EPI creatinine equation (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) (Levey et al., 2009)
2. ผู้ป่วยยังไม่ได้การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต
3. มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลเป็นปกติ และ/หรือได้รับการยืนยันจากประวัติการรักษาของแพทย์ ญาติ หรือผู้ดูแลหลักว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

4. เคยมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป โดยประเมินจาก คำจำกัดความของอาการอ่อนล้า คือ รู้สึกว่ามีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อย หดแรง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจวาย โรคปอดที่มีอาการเหนื่อยหอบ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป โดยประเมินจาก Word Scale (Modified Medical Research Council Scale) (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2553)
2. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งทุกระยะ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากการใช้วิธีการเปิดตารางประมาณ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Polit & Hungler, 1987) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ ระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพลของ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรขนาดเล็ก (small effect size) ที่ .25 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีรูปแบบคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ เรื่องประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ดวงรัตน์ มนโรสง และคณะ, 2554) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย

3.2 สถานที่และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดิกรผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ศรีสงคราม จ. นครพนม โดยเก็บข้อมูลในวันจันทร์ เวลา 08.00 - 12.00 น. ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง เดือนตุลาคม 2556

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความพึงพอใจของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Revised Piper Fatigue Scale – RPFS (Piper et al., 1998) ฉบับภาษาไทย โดย เพ็งใจ คาโลปการ (2546) ซึ่งได้ดำเนินการแปลตามกระบวนการโดยใช้วิธีการแปล (Translation technique) และนำมาแปลย้อนกลับ (Back Translation) จากนั้นได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และได้นำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 160 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .96 ในปี พ.ศ. 2549 รมรัตน์ หลีสุข ได้นำแบบประเมินนี้มาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบตัวเลขเป็นเส้นตรง (Numeric scale) ตั้งแต่ 0 - 10 ปลายเส้นตรงแต่ละด้าน กำกับด้วยข้อความที่ต้องการประเมิน และด้านซ้ายมือกำกับด้วยเลข 0 ขวามือกำกับด้วยเลข 10 ซึ่งค่าคะแนนสูง แสดงถึงว่าอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาต นำแบบประเมิน Revised Piper Fatigue Scale ฉบับภาษาไทย โดย เพ็งใจ คาโลปการ (2546) มาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวน 22 ข้อคำถาม และแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (Behavior/Severity) ได้แก่ข้อคำถามที่ 1,2,3,4,5

ด้านความหมายเชิงอารมณ์ (Affective meaning) ได้แก่ข้อคำถามที่ 6,7,8,9,10,11

ด้านความรู้สึก (Sensory) ได้แก่ข้อคำถามที่ 12,13,14,15,16,17

ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (Cognitive/Mood) ได้แก่ข้อคำถามที่ 18,19,20,21,22

การคิดค่าคะแนน

การคิดค่าคะแนนเฉลี่ย คิดโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมด 22 ข้อ หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด มีเกณฑ์การแปลผลซึ่ง Piper และคณะ (1998) ได้แบ่งระดับอาการอ่อนล้าออกเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 7.00-10.00	หมายถึง	มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.00-6.99	หมายถึง	มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.01-3.99	หมายถึง	มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ย 0.00	หมายถึง	ไม่มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าเลย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของ ดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาต นำแบบประเมินมาใช้และขออนุญาตดัดแปลง โดยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน

3.1 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า ที่ผู้ป่วยปฏิบัติในการจัดการกับอาการประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด 19 ข้อ และปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าแบบอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ โดยให้เลือกตอบปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

การคิดคะแนน		คะแนน
ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านกระทำวิธีการนั้นๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า	1
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำวิธีการนั้นๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า	0

3.2 การประเมินผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า จำนวน 20 ข้อคำถาม โดยให้เลือกตอบ ตามความรู้สึกว่ากลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากน้อยเพียงใด ประเมินผลดังนี้

		คะแนน
ได้ผลมาก (80 -100%)	หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้มาก	3
ได้ผลปานกลาง (40-70%)	หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ปานกลาง	2
ได้ผลเล็กน้อย (10-30%)	หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้เล็กน้อย	1
ไม่ได้ผล (0%)	หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าไม่ได้	0

การคิดคะแนนและการแปลผล

นำคะแนนผลของกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า มาคำนวณเฉลี่ยรายข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยแปลผลคะแนนดังนี้

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

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษากำหนดค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ซึ่งแบบประเมินนี้ครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการได้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ดังนี้

ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์	ข้อ 1 - 10
ด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร	ข้อ 11 - 15
ด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล	ข้อ 16 - 20

แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวนี้ เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด หรือทั้งหมดให้ 5 คะแนน
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยปานกลาง หรือครึ่งหนึ่งให้ 3 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเลย ให้ 1 คะแนน

แบบประเมินนี้มีค่าคะแนนตั้งแต่ 20-100 โดย คะแนนมากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดหรือผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด คะแนนต่ำสุด หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเลยหรือผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาต นำแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงแบบสอบถาม

การคิดคะแนนและการแปลผล

แปลผลคะแนน โดยการหาค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 100 นำคะแนนรวมที่ได้ มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดคือ 20 ข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้เป็นคะแนนเฉลี่ย และสามารถแปลผลโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 4.50 -5.00	หมายถึง	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด
คะแนน 3.50 -4.49	หมายถึง	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก
คะแนน 2.50-3.49	หมายถึง	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง
คะแนน 1.50-2.49	หมายถึง	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย
คะแนน 1.00-1.49	หมายถึง	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ได้มีการนำเครื่องมือ WHOQOL-100 ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .76 (Jolanda, 1995) สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่สับสน มีจำนวน 26 ข้อคำถาม ครอบคลุมการวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 โดยการเปรียบเทียบกับ WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่ง ยุติ ธีระศิลป์ (2547) ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .92 และ ดวงรัตน์ มนไชสง และคณะ (2554) ได้นำมาศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จำนวน 26 ข้อคำถาม และประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

ด้านร่างกาย (Physical domain) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

ด้านจิตใจ (Psychological domain) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 5, 6, 7, 8, 9, 23

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 13, 14, 25

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ในข้อคำถามที่ 1 และ 16 เป็นข้อคำถามในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน และมีข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ 2, 9 และ 11 ลักษณะ ข้อคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนน้อยที่สุดคือ 1 ระดับคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีคุณภาพชีวิตดี

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจหรือแย่มาก

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาต นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุลและคณะ (2540) มาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถาม

การคิดคะแนนและการแปลผล

คะแนนรวมของแบบประเมินคุณภาพชีวิต อยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน และแปลผลองค์ประกอบแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130
ด้านร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ได้นำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอาการอ่อนล้า จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินต่างๆ ไปใช้ในการเก็บข้อมูลโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument Reliability)

ผู้ศึกษานำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า .87 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .97 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .85 เนื่องจากแบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า ลักษณะแบบประเมินเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เลือกตอบทุกข้อ จึงทำให้ไม่สามารถนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการศึกษาวิจัย เพื่อขอรับคำรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าฝ่ายกลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รวมถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเข้าถึงแฟ้มประวัติผู้ป่วย และการขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม โดย

4.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลผู้ดูแลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการสำรวจ รายชื่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Non-renal replacement therapy) ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีสงคราม

4.2 ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ของการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์

4.3 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์กำหนด

4.4 ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการใช้แฟ้มประวัติ เพื่อบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะของโรค (Stage) โรคประจำตัวอื่นๆ ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด ผลการตรวจเลือด ความดันโลหิต แล้วจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.5 ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนทำแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ หรือไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังทีละข้อ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม และบันทึกคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลงในแบบสอบถามตามความเป็นจริง

4.6 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับในกรณีถึงคิวที่ต้องเข้ารับการตรวจระหว่างการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหลังการรับการตรวจรักษา โดยสอบถามความสนใจในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หากผู้เข้าร่วมวิจัยยังสนใจก็จะให้ตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากต้องการถอนตัว ผู้วิจัยจะยุติทันที

4.7 เมื่อเสร็จสิ้น การสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถามแล้ว ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่าง ได้ซักถามและหลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษากล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

5. นำข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษากำหนดขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย ผู้ศึกษาดำเนินการขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรอง เมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2556 จากนั้นจึงดำเนินการตามกระบวนการเพื่อการศึกษาเก็บข้อมูล โดยผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงเข้าไปแนะนำตัว เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ขออนุญาตและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และชี้แจงให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลใดๆ และจะไม่ผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นจะเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้จากการประเมินนั้น จะถูกบันทึกในแบบสอบถามที่ใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และนำข้อมูลไปอภิปรายหรือมีการพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการศึกษายกถามปัญหา ข้อบังคับต่างๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูล กลวิธีในการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
4. วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ยผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยเงื่อนไขการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน มีเงื่อนไขดังนี้
1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องและมีค่าในมาตรวัดช่วงมาตรา 2) ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้น และ 3) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึง ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 126 ราย ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน ตุลาคม 2556 นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า

ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนจากครอบครัว

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 71.52 ปี (SD = 7.49) เป็นผู้สูงอายุตอนต้นมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลางเล็กน้อย ร้อยละ 43.6 และร้อยละ 41.3 ตามลำดับ และเป็นผู้หญิงมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ

54.8 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.8 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่มากพอที่จะเหลือเก็บ ร้อยละ 43.6 ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาลนั้นกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยเป็นสิทธิผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.4 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน 3- 4 คน ร้อยละ 43.7 เป็นคู่ชีวิตพร้อมลูกหลาน อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 42 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 71.52, SD= 7.49, Range 28)		
60-69	55	43.6
70-79	52	41.3
80-89	19	15.1
เพศ		
ชาย	43	34.1
หญิง	83	65.9
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.4
คู่	69	54.8
หม้าย/หย่า/แยก	54	42.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.4
ประถมศึกษา	117	92.8
มัธยมต้น	4	3.2
มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	1.6
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอเหลือเก็บ	53	42.1
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	55	43.6
ไม่เพียงพอ	18	14.3

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 126) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	119	94.4
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	5.6
สมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน (คน)		
1-2	25	19.8
3-4	55	43.7
5-6	38	30.2
มากกว่า 7	8	6.3
ความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง		
สามี/ภรรยา	16	12.7
ลูก/หลาน	52	41.2
คู่ชีวิตพร้อมลูก/หลาน	53	42.1
ญาติ	2	1.6
อยู่คนเดียว	3	2.4

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาประมาณ 3- 4 ปี ร้อยละ 55.6 และส่วนใหญ่การดำเนินโรคอยู่ที่ระยะที่ 4 ร้อยละ 67.5 ระดับ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) ร้อยละ 82.5 และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ร้อยละ 63.5 มีโรคร่วมคือ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 79.4 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (N= 126)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
(Mean = 2.29, SD = 0.93, Range = 3)		
1 - 2 ปี	56	44.4
3 - 4 ปี	70	55.6
ระยะของโรค (Stage)		
4	85	67.5
5	41	32.5
BUN (mg/dl)		
น้อยกว่า 24	13	10.3
24 - 79	104	82.5
มากกว่าเท่ากับ 80	9	7.1
Creatinine (mg/dl)		
1.2 - 2.9	80	63.5
3 - 7.9	42	33.3
มากกว่าเท่ากับ 8	4	3.2
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	9	7.1
เบาหวาน	27	21.4
ความดันโลหิตสูง	22	17.5
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	55	43.6
เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง,หัวใจ	1	0.8
ความดันโลหิตสูงและเก๊าท์	3	2.4
ระบบทางเดินหายใจ	1	0.8
อื่นๆ		
- เก๊าท์	2	1.6
- โลหิตจาง	6	4.8

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (N=126) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ปกติ (น้อยกว่า 140/90)	100	79.4
สูงเล็กน้อย (140/90-159/99)	10	7.9
ปานกลาง (160/100-179/109)	1	0.8
สูงรุนแรง (มากกว่า 180/110)	3	2.4
สูงเฉพาะตัวบน (มากกว่า 140/90)	12	9.5

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า

จากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า ด้านความรู้สึกละแวก และด้าน พฤติกรรมหรือความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.39, SD = 2.43 และ Mean = 4.43, SD = 2.75) ด้านความหมายเชิงอารมณ์ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์อยู่ในระดับ น้อย (Mean = 3.21, SD = 2.22 และ Mean = 2.30, SD = 2.19) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสิทธิภาพการมี อาการอ่อนล้า (N = 126)

ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า	Mean	SD	การแปลผล
ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวม	4.11	1.69	ระดับปานกลาง
ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้ารายด้าน			
ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง	4.43	2.75	ระดับปานกลาง
ด้านความหมายเชิงอารมณ์	3.21	2.22	ระดับน้อย
ด้านความรู้สึกละแวก	6.39	2.43	ระดับปานกลาง
ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์	2.30	2.19	ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า

การวิเคราะห์กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ปฏิบัติคือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 59.5 การดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 32.5 การนวดตามร่างกาย หรือนวดกดจุดต่างๆ ร้อยละ 23 ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินประมาณ 15-30 นาที ร้อยละ 20.6 ส่วนการฝึกโยคะและการฝังเข็ม นั้น เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำมาปฏิบัติเลย ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	จำนวน (N= 126)	ร้อยละ
นอนหลับ	85	67.5
นั่งพักผ่อน	75	59.5
ดื่มน้ำหวาน	41	32.5
นวดตามร่างกาย หรือ นวดกดจุดต่างๆ	29	23
ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินประมาณ 15-30 นาที	26	20.6
รับประทานอาหารที่ชอบ	22	17.5
ทำสมาธิ	20	15.9
วิธีอื่นๆ (น้ำมันหอมระเหย)	19	15.1
คิดในทางที่ดี	18	14.3
ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานฝีมือ จัดดอกไม้ วาดรูป	17	13.5
งีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ	16	12.7
ทำงานบ้านเช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้	16	12.7
อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม	15	11.9
ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน	15	11.9
ดูโทรทัศน์ หรือฟังเพลง	11	8.7
ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ	11	8.7
รับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน	9	7.1
รับประทานสมุนไพร	8	6.3
ฝึกโยคะ	0	0
ฝังเข็ม	0	0

ส่วนผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปฏิบัติ คือ การนอนหลับได้ผลในระดับปานกลาง (Mean = 1.82, SD = 1.27) รองลงมา 4 อันดับ ซึ่งได้ผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ในระดับน้อย คือ การนั่งพักผ่อน การดื่มน้ำหวาน การรับประทาน อาหารที่ชอบ และการทำสมาธิ (Mean = 1.47, SD = 1.34; Mean = 0.86, SD = 1.29; Mean = 0.50, SD = 1.10 และ Mean = 0.40, SD = 0.91) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลวิธีการจัดการกับ อาการอ่อนล้า และผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า เรียงตามลำดับประสิทธิผลการ จัดการกับอาการอ่อนล้าจากมากไปหาน้อย (N = 126)

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า	Mean	SD	ผลของการจัดการกับ อาการอ่อนล้า
นอนหลับ	1.82	1.27	ระดับปานกลาง
นั่งพักผ่อน	1.47	1.34	ระดับน้อย
ดื่มน้ำหวาน	0.86	1.29	ระดับน้อย
รับประทานอาหารที่ชอบ	0.50	1.10	ระดับน้อย
ทำสมาธิ	0.40	0.91	ระดับน้อย
นวดตามร่างกาย หรือ นวดกดจุดต่างๆ	0.37	0.71	ระดับน้อย
ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินประมาณ 15-30 นาที	0.37	0.79	ระดับน้อย
ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานฝีมือ จัดดอกไม้ วาดรูป	0.34	0.89	ระดับน้อย
วิธีอื่นๆ (น้ำมันหอมระเหย)	0.32	0.79	ระดับน้อย
ทำงานบ้านเช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้	0.29	0.82	ระดับน้อย
คิดในทางที่ดี	0.27	0.70	ระดับน้อย
อ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรม	0.27	0.78	ระดับน้อย
งีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้น	0.25	0.69	ระดับน้อย
ดูโทรทัศน์ หรือฟังเพลง	0.17	0.58	ระดับน้อย
รับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน	0.17	0.63	ระดับน้อย
ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน	0.16	0.48	ระดับน้อย
รับประทานสมุนไพร	0.16	0.63	ระดับน้อย
ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ	0.15	0.52	ระดับน้อย
ฝึกโยคะ	0	0	ไม่ได้ปฏิบัติ
ฝังเข็ม	0	0	ไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนจากครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ เป็นด้านที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด (Mean = 4.76, SD = 0.63) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD = 0.58 และ Mean = 3.94, SD = 0.52) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว (N= 126)

การสนับสนุนจากครอบครัว	Mean	SD	การแปลผล
การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม	4.38	0.56	ระดับมาก
การสนับสนุนจากครอบครัวรายด้าน			
ด้านอารมณ์	4.76	0.63	ระดับมากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.07	0.58	ระดับมาก
ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล	3.94	0.52	ระดับมาก

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean = 98.94, SD = 8.39) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกายและด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.37, SD = 2.25 และ Mean = 7.44, SD = 1.24) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean = 34.68, SD = 3.41 และ Mean = 27.96, SD = 2.62) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
คุณภาพชีวิต (N= 126)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง	Mean	SD	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 130	69 -113	98.94	8.39	ดี
คุณภาพชีวิตรายด้าน					
ด้านร่างกาย	7 - 35	20 - 31	25.37	2.25	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6 - 30	18 -30	27.96	2.62	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 -15	3 - 11	7.44	1.24	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 40	23 - 40	34.68	3.41	ดี

ส่วนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุน จากครอบครัว กับคุณภาพชีวิต

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยผู้ศึกษาได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น แล้วพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนดไว้จึงนำมาหาความสัมพันธ์ดังกล่าว

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านพฤติกรรม หรือความรุนแรง และด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ($r = -.15$ และ $r = -.22$) ส่วนด้านความรู้สึกและด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4.8

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .39$) เมื่อพิจารณาจากรายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .38, r = .37$ และ $r = .369$) ตามลำดับ
 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว
 และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N= 126)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (r)
ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวม	-.15
ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ารายด้าน	
ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง	-.15*
ด้านความหมายเชิงอารมณ์	-.22**
ด้านความรู้สึกลึก	-.07
ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์	-.08
การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม	.39**
การสนับสนุนจากครอบครัวรายด้าน	
ด้านอารมณ์	.37**
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.38**
ด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล	.36**

* $p < .05$, ** $p < .01$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 126 ราย โดยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
2. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
 - 3.1 ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
 - 3.2 การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 60-88 ปี โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) คือ ร้อยละ 43.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 71.52 ปี ($SD = 7.49$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังมักพบในผู้สูงอายุวัยต้นเป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 60 - 63.9 ปี (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; แสงรวี มณีศรี, กรองกาญจน์ สังกาศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และชญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ,

2554) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มีความเสื่อมของไตตามธรรมชาติ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง จึงส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง ซึ่งทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 65.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ingsathit และคณะ (2010) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ที่พบว่าเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายร้อยละ 54.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Huda, Alam, & Harun-Ur-Rashid (2012) ที่ศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.6 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรวี มณีศรี (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 217 ราย พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิกา อร่ามเมือง, กรองกาญจน์ สังกาศ, สุวิมล กิมปี, และ อรวมน ศรียุคศุทธ (2555) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมัธยม ร้อยละ 36.73

รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บใกล้เคียงกับเพียงพอและยังมีเหลือเก็บ ร้อยละ 43.6 และ 42.1 ตามลำดับ ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยใช้ระบบบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้สูงอายุ) ถึงร้อยละ 94.4 ประกอบกับอาศัยร่วมกับคู่ชีวิตพร้อมลูก/ หลาน ร้อยละ 42.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คน ร้อยละ 43.7 จึงไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ พงศ์พิฒพัชร, อรวมน ศรียุคศุทธ, จงจิต เสน่หา, และ นพพร ว่องสิริมาศ (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ใกล้เคียงกับเพียงพอและยังมีเหลือเก็บ ร้อยละ 49 และ 46 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง 3-4 ปี ร้อยละ 55.6 (Mean = 2.29, SD = 0.93) มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะที่ 4 ร้อยละ 67.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรวี มณีศรี (2554) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่พบว่า ระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 49.5 และระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 48.6 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 75.1 ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความรุนแรงที่พบในกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะที่ 4 เป็นส่วนใหญ่ นั่นอาจ

เนื่องจากในปัจจุบันการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังทำได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษาเร็วขึ้น รวมทั้งมีการติดตามระดับการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดี สืบเนื่องจากการมีระดับของ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) ร้อยละ 82.5 และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ร้อยละ 63.5 และค่าความดันโลหิตเป็นปกติ ร้อยละ 79.4 ซึ่งค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต่ำกว่า 140/90 mmHg (Weiss, Petrik, & Thorp, 2011) จึงช่วยชะลอความเสื่อมของไต ทำให้พบกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 5 น้อยกว่า และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 43.7 เบาหวาน ร้อยละ 21.4 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4, 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนนั้นจะมีโรคร่วมที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67.3) และเบาหวาน (ร้อยละ 43.8) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด (Naicker, 2009; Noland, 2010)

5.2 ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

5.2.1 ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

อาการอ่อนล้า เป็นสาเหตุหนึ่งในหลายๆสาเหตุ จากรายงานประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; O'Sullivan, & McCarthy, 2009) ประสบการณ์การมีอาการต่าง ๆ นั้น เป็นการแสดงการรับรู้ของผู้ป่วย ต่ออาการที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากการประเมินความหมายของอาการและการสนองตอบ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องประเมินและตัดสินใจถึงความถึงระดับความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม รวมถึงการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงพฤติกรรมด้วย (Dodd et al., 2001) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 43.6 ส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 67.5 และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี จึงทำให้มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ประสบการณ์การมี

อาการอ่อนล้า ด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.39, SD = 2.43 และ Mean = 4.43, SD = 2.75) ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังแข็งแรง มีความตื่นตัว และยังรู้สึกว่ากระฉับกระเฉงดี ทำให้อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นไม่มีผลรบกวนต่อความสามารถในการทำงาน หรือเกิดอาการทุกข์ทรมาน รวมทั้งไม่มีผลต่อการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินได้ตามปกติ ยังรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา ส่วนประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านความหมายเชิงอารมณ์ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ อยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.21, SD = 2.22 และ Mean = 2.30, SD = 2.19) อาจเป็นเพราะอาการของโรคไตเรื้อรังไม่รุนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ผ่อนคลาย ไม่มีภาวะเครียด ไม่มีอาการซึมเศร้า มีสมาธิในการทำงานหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี สมองปลอดโปร่ง และมีความจำดี สามารถยอมรับกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ ไม่รู้สึกว่าอาการอ่อนล้าในเวลานี้เป็นอันตราย และยังเป็นปกติดี

5.2.2 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 รองลงมา คือ การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 59.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 96 รองลงมาคือ การงีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ ร้อยละ 91.3 และการนอนหลับ ร้อยละ 88.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Petchrungrat (2004) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การงีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ ร้อยละ 80 การนอนหลับ ร้อยละ 63.8 และการนั่งพักผ่อน ร้อยละ 56.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว เป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย ครอบคลุมสามารถมีส่วนร่วมได้ โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือใดๆ เนื่องจากการนอนเป็นกิจกรรมหนึ่งของการพักผ่อนที่ดีที่สุด มีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย (วรวิทย์ รักอิม, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา และ ศิวศักดิ์ จุทอง, 2549)

ในด้านประสิทธิผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า พบว่า กลวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุด คือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 ได้ผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง ส่วนกลวิธีอื่นๆ ทุกกลวิธีมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ

ดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่พบว่า การนั่งพักผ่อนและการนอนหลับนั้นมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้น เกิดจากการสะสมของของเสียในร่างกาย การเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นการนอนหลับจึงสามารถลดอาการอ่อนล้าได้ในระดับปานกลางเท่านั้น

5.2.3 การสนับสนุนจากครอบครัว ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา มีกำลังใจ กำลังกายดีขึ้น (Shoaib, Khan, & Khan, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านอาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 217 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ทั้งจากคู่ชีวิต ร้อยละ 74.7 และบุตร ร้อยละ 60.4 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และคณะ (2007) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการปฏิบัติตัวเหมาะสม ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ที่เป็นเช่นนี้ น่าจะมีผลมาจากอิทธิพลของประเพณีและวัฒนธรรมไทย ซึ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านอารมณ์ เป็นด้านที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.63) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoaib และคณะ (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และในเรื่องของอาหาร จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ทำให้มีการเข้าสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก (Mean = 4.04, SD = 0.58 และ Mean = 3.94, SD = 0.52) อาจเป็นเพราะการสนับสนุนด้านข่าวสาร ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ต้องอาศัยความรู้ เวลา และฐานะทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บ แสดงถึงฐานะทางครอบครัวที่ยังต้องทำงาน

5.2.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการวิเคราะห์ผลศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ดี ($\text{Mean} = 98.94$, $\text{SD} = 8.39$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mujais และคณะ (2009) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3, 4 และ 5 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 34.68$, $\text{SD} = 3.41$ และ $\text{Mean} = 27.96$, $\text{SD} = 2.62$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี ชีระศิลป์ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลานและสมาชิกในครอบครัว ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 25.37$, $\text{SD} = 2.25$ และ $\text{Mean} = 7.44$, $\text{SD} = 1.24$) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเป็นเวลานานอย่างน้อย 3 - 4 ปี ร้อยละ 55.6 และส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.6 เบาหวาน ร้อยละ 21.4 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.5 มีเพียงร้อยละ 7.1 เท่านั้นที่ไม่มีโรคร่วม จึงทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง รวมทั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติเหมือนเช่นเคยได้

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

5.3.1 สมมุติฐานที่ 1 ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = -.15$, $p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้ คือ ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าด้านความรู้สึกละเลยและด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างจากการศึกษาของ ดวงรัตน์ มนไชสง และคณะ (2554) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับ

อาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46, p < .01$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีภาวะพึ่งพิงน้อย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติ ซึ่งส่วนมากเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 และยังสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี โดยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ คือ น้อยกว่า 140/90 mmHg ระดับ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิผลของอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง จึงไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต ส่วนประสิทธิภาพการมีอาการด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง และประสิทธิภาพการมีอาการด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p < .05$ และ $r = -.22, p < .01$) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตรจันทร์ (2554) พบว่า อาการที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น และประเมินว่าอาการนั้นรุนแรงขึ้นและคุกคามต่อชีวิตของตน เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงด้วย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์มานั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ ทำให้ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับที่ไม่ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง ด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้แล้วได้ผล และประเมินแล้วว่ามีประสิทธิภาพ สามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกลวิธีที่ใช้นั้นแตกต่างกันไปแล้วแต่บุคคล โดยมีองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

5.3.2 สมมติฐานที่ 2 การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39,$

$r = .38, r = .37, r = .36, p < .01$) ตามลำดับ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรานี แดงวงษ์ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .433, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yu และ Petrini (2010) ที่ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับต่ำ จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ การเงิน และการดูแลอยู่ในระดับมาก และพบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีคู่ชีวิตพร้อมลูก/หลาน (ร้อยละ 53) และมีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 54) ซึ่งทุกครั้งที่มารับการรักษา คนในครอบครัวมักจะเป็นเพื่อน หรือจัดหาพาหนะให้ทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญดา จุลบาท (2551) พบว่าสถานะภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนสถานะภาพสมรสโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศิริสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 126 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือนตุลาคม 2556 โดยใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์กำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (ระยะที่ 4-5) ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เคยมีประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า และได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา 2) แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า 3) แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า 4) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้กับประชากรในการศึกษาครั้งนี้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล โดยไม่มีการปรับเปลี่ยน โดยนำไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91, .98 และ .80 ตามลำดับ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .97 และ .85 ตามลำดับ

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล และได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) สรุปผลการศึกษาดังนี้

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 ข้อมูลข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 126 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือน เมษายน ถึงเดือนตุลาคม 2556 จากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ซึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.1 เพศหญิงร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.8 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.8 อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีทั้งคู่ชีวิต ลูกและหลาน ร้อยละ 42.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 43.7 รายได้ครอบครัวส่วนมากเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.6 ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผู้สูงอายุ) ร้อยละ 94.4 มีใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 5.6 เท่านั้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่ศึกษาในครั้งนี้ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังนั้นอยู่ในช่วง 3- 4 ปี ร้อยละ 55.6 เฉลี่ย 2.29 ปี (SD = 0.93) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค ร้อยละ 67.5 ระดับ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) ร้อยละ 82.5 และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ร้อยละ 63.5 มีโรคร่วมคือ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 79.4

6.1.2 ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้าของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรู้สึก (Sensory) และด้านพฤติกรรม

หรือความรุนแรง (Behavior/Severity) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.39, SD = 2.43 และ Mean = 4.43, SD = 2.75) ตามลำดับ ส่วนด้านความหมายเชิงอารมณ์ (Affective meaning) และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (Cognitive/Mood) นั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.21, SD = 2.22 และ Mean = 2.30, SD = 2.19) ตามลำดับ

6.1.3 กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 59.5 การดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 32.5 การนวดตามร่างกาย หรือ นวดกดจุดต่างๆ ร้อยละ 23 และการออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินประมาณ 15 - 30 นาที ร้อยละ 20.6 ส่วนกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกใช้เลย คือ การฝึกโยคะ และการฝังเข็ม

ส่วนผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปฏิบัติ คือ การนอนหลับได้ผลในระดับปานกลาง (Mean = 1.82, SD = 1.27) รองลงมา 4 อันดับ ซึ่งได้ผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ในระดับน้อย คือ การนั่งพักผ่อน การดื่มน้ำหวาน การรับประทานอาหารที่ชอบ และการทำสมาธิ (Mean = 1.47, SD = 1.34; Mean = 0.86, SD = 1.29; Mean = 0.50, SD = 1.10 และ Mean = 0.40, SD = 0.91) ตามลำดับ

6.1.4 การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นด้านที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด (Mean = 4.76, SD = 0.63) ด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของการเงินและการดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD = 0.58 และ Mean = 3.94, SD = 0.52) ตามลำดับ

6.1.5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean = 98.94, SD = 8.39) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean = 34.68, SD = 3.41 และ Mean = 27.96, SD = 2.62)

ส่วนด้านร่างกายและด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 25.37$, $\text{SD} = 2.25$ และ $\text{Mean} = 7.44$, $\text{SD} = 1.24$) ตามลำดับ

6.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ด้านพฤติกรรม หรือความรุนแรง และด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ($r = -.15$ และ $r = -.22$) ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้สึกและด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .39$) เมื่อพิจารณาจากรายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ การเงิน และการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .38$, $r = .37$ และ $r = .369$) ตามลำดับ

6.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ รวมถึงการประเมินการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหา และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามบริบทของตน เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2) จากการศึกษา พบว่ากลวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุดซึ่งมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง คือ การนอนหลับ และการนั่งพักผ่อน ดังนั้นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพจึงควรจัดสถานที่ให้เหมาะสมตามบริบทในขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน และบรรเทาอาการอ่อนล้าในขณะที่รอรับการตรวจ

รักษา และควรมีการให้คำแนะนำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา อบรมหรือเผยแพร่ผลการศึกษาให้กับผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สนใจ เพื่อนำองค์ความรู้ดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า หรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่อาจสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และควรศึกษาอย่างต่อเนื่องในเชิงการศึกษาระยะยาว
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อ เช่น การศึกษาถึงอำนาจการทำนาย หรือการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว จากองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการอ้างอิงประชากรที่ศึกษา เนื่องจากประชากรที่ศึกษา มีประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าไม่สูงนัก และสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียว และเป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์กำหนดการคัดเลือก จึงอาจ ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนแบบภาพรวมผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยได้

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตใน ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PRE-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE

พรพิมล วดีศิริศักดิ์ 5337924 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ค. (อุดมศึกษา), จันทนา รณฤทธิชัย, ภ.ม. (สรีรวิทยา), อรวมน ศรียุคศุทธ, D.S.N.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก พบว่าอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังในยุโรปและอเมริกานั้นพบ 700 คนต่อประชากร 1 ล้านคนและ 1,400 คนต่อประชากร 1 ล้านคนตามลำดับ (Cirillo, Lombardi, Mele, Marcarelli, & Bilancio, 2012) ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยระบุว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึงปีละ 10,000 ราย หรือร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึง 2 แสนราย ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลในปี 2557 ตั้งไว้ 5,178 ล้านบาท คาดว่าปี 2560 อาจใช้งบประมาณในการดูแลถึง 17,000 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และโรคไตนั้นเป็นกลุ่มอาการที่เป็นสาเหตุการตาย และพบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 6 หรือ 22.9 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556)

โรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย ซึ่งสาเหตุหลักๆ คือ โรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 70 และรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553; National Kidney

Foundation, 2002; Zhang et al., 2008) นอกจากสาเหตุดังกล่าว ความสูงอายุมิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไตและหลอดเลือดไต ในทางเสื่อมลง (มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2550; Król, Rutkowski, Czarniak, & Kraszewska, 2010; National Kidney Foundation, 2002) ผนังหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง จึงมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จากการศึกษาของ Zhang และคณะ (2008) พบว่า อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีอัตราการเกิดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า และเพิ่มเป็น 3 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังได้มาก และเมื่อเกิดโรคนี้ขึ้นแล้วความรุนแรงของโรคจะมากกว่าวัยอื่น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพปอดจะเป็นไปได้ได้น้อย อาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นตามมาได้ ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในการคงหน้าที่ของไตไว้ให้มากและนานที่สุด

อาการอ่อนล้า (Fatigue) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่หรือระบบการทำงานของร่างกาย ที่แตกต่างกันของร่างกาย เกิดการรักษาความสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และกรด-ด่าง ตลอดจนการสังเคราะห์ฮอร์โมนและวิตามินดี เกิดความผิดปกติของระบบสั่งการ ผู้ป่วยจะค่อยๆ มีอาการแสดงที่เด่นชัดมากขึ้นเรื่อยๆ ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ อาการอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีอาการคันตามผิวหนัง มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชี้นำ หงุดหงิด (คุสิต จิรกุลสมโชค, สัญญา รอยสมมุติ, ปณณพร วรรณานนท์ และ เทอดไทย ทองอุ่น, 2552; เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006; Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009) โดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากภาวะยูริเมีย ผู้ป่วยจะมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า มีอาการอ่อนล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภ, 2544; แสงรวี มณีสรี, กรองกาญจน์ สังกาศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และธัญญรัตน์ ชีพรเลิศรัฐ, 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006) จากการศึกษาของเพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) พบว่า อาการอ่อนล้า เป็นอาการที่พบมากที่สุดร้อยละ 100 ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bonner, Wellard, และ Calabiano (2008) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีอาการอ่อนล้าสูงที่สุดร้อยละ 42.96 สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy และคณะ (2009) ที่พบว่า อาการอ่อนล้า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง ร้อยละ 75 ส่วน Yong และคณะ (2009) พบว่า อาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตนั้น สูงถึงร้อยละ 68.9 และพบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ส่วน Cruz และคณะ (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตนั้น ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง และผลก่้างลดลงหรือเกิดความอ่อนล้าตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม (Jorgensen, 2008) ทั้งนี้ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้น กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า จึงแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องทำความเข้าใจในประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า รวมถึงกลวิธีต่างๆที่ผู้ป่วยนั้นใช้ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยต่างๆ อีกมากมายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการรบกวนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก จึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่รู้สึกเป็นภาระ ไม่แยกตัวจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mucsi, 2008)

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วยแนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ โดยบุคคลจะมีความรู้สึก และสามารถรับรู้ได้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย หรือเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติไปจากเดิมที่เคยเป็น รวมถึงการตระหนักถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อ มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สรีระวิทยา จิตใจ สังคม รวมถึงระดับพัฒนาการในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคที่เป็นและอาการบาดเจ็บ 3) องค์ประกอบในด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมทางด้านวัฒนธรรม โดยสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมจะรวมถึง เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัวเป็นเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญที่สุดและเป็นสังคมที่เล็กที่สุด ดังนั้น เมื่อมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ส่งผลให้อาการรบกวนต่างๆ ลดลง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

คำถามการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอากร การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอากร การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอากรอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการตรวจ ติดตามการรักษา ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริสงคราม จังหวัดนครพนม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายนถึงเดือนตุลาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อายุรแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลเป็นปกติ และ/หรือได้รับการยืนยันจากประวัติการรักษาของแพทย์ ญาติ

หรือผู้ดูแลหลักว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม และเคยมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากการใช้วิธีการเปิดตารางประมาณ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Polit & Beck, 2008) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรขนาดเล็ก (Small effect size) ที่ .25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
2. แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า จำนวน 22 ข้อคำถาม การศึกษาครั้งนี้ใช้ แบบประเมินอาการอ่อนล้าของ Piper และคณะ (1998) โดย เที่ยงใจ คาโลปการ (2546) ได้ดำเนินการแปลฉบับภาษาไทยตามกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back Translation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97
3. แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าของ ดวงรัตน์ มนโธสง (2553) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71
4. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว การศึกษาในครั้งนี้ ใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของ อุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94
5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 26 ข้อคำถาม ครอบคลุมการวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอากรอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินคุณภาพชีวิต มาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ .91, .98, .80 ตามลำดับ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 126 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87, .97, .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับการรับรองแล้วจึงดำเนินการเพื่อทำการศึกษาเก็บข้อมูล โดยผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงเข้าไปแนะนำตัว เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ขออนุญาตและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ และชี้แจงให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่ สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลใดๆ และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นจะเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้จากการประเมินนั้น จะถูกบันทึกในแบบสอบถามที่ใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และนำข้อมูลไปอภิปรายหรือมีการพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 126 ราย มีอายุ 60 - 88 ปี อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ร้อยละ 43.6 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) ซึ่งเป็นผู้หญิงมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 54.8 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.9 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่มากพอที่จะเหลือเก็บ ร้อยละ 43.7 ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาลนั้นกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยเป็นสิทธิผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.4 และอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีชีวิต พร้อมลูก/หลาน อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 42.1 มีจำนวนสมาชิกที่อยู่บ้านเดียวกัน 3 - 4 คน ร้อยละ 42.9

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาประมาณ 3 - 4 ปี ร้อยละ 55.6 และส่วนใหญ่การดำเนินโรคอยู่ที่ระยะที่ 4 ร้อยละ 67.5 ระดับ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) ร้อยละ 82.5 และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ร้อยละ 65.9 มีโรคร่วมคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 79.4

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้าด้านความรู้สึกและด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.39, SD = 2.43 และ Mean = 4.43, SD = 2.75) ตามลำดับ ด้านความหมายเชิงอารมณ์ และด้าน

สติปัญญาหรืออารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean = 3.21, SD = 2.22 และ Mean = 2.30, SD = 2.19) ตามลำดับ

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ปฏิบัติคือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 59.5 การดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 32.5 การนวดตามร่างกาย หรือนวดกดจุดต่างๆ ร้อยละ 23 ออกกำลังกาย เบาๆ เช่น เดินประมาณ 15- 30 นาที ร้อยละ 20.6 ส่วนการฝึกโยคะและการฝังเข็ม เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำมาปฏิบัติเลย

ผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า 5 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาปฏิบัติ คือ การนอนหลับได้ผลในระดับปานกลาง (Mean = 1.82, SD = 1.27) รองลงมา 4 อันดับ ซึ่งได้ผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ในระดับน้อย คือ การนั่งพักผ่อน การดื่มน้ำหวาน การรับประทานอาหารที่ชอบ และการทำสมาธิ (Mean = 1.47, SD = 1.34; Mean = 0.86, SD = 1.29; Mean = 0.50, SD = 1.10 และ Mean = 0.40, SD = 0.91) ตามลำดับ

การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอารมณ์ เป็นด้านที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด (Mean = 4.76, SD = 0.63) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.07, SD = 0.58 และ Mean = 3.94, SD = 0.52) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean = 98.94, SD = 8.39) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean = 34.68, SD = 3.41 และ Mean = 27.96, SD = 2.62) ส่วนด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.37, SD = 2.25 และ Mean = 7.44, SD = 1.24) และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านพฤติกรรม หรือความรุนแรง และด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ($r = -.15$ และ $r = -.22$) ส่วนด้านความรู้สึกละแ่นด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .39$) เมื่อพิจารณาจากรายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้าน

ข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ การเงินและการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .38$, $r = .37$ และ $r = .369$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.11, SD = 1.69) อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 43.6 ส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 67.5 และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ด้านความรู้สึกละแวกและด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 6.39, SD = 2.43 และ Mean = 4.43, SD = 2.75) ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตยังแข็งแรง มีความตื่นตัว และยังรู้สึกว่าการออกกำลังกายทำให้มีอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นไม่มีผลรบกวนต่อความสามารถในการทำงาน หรือเกิดอาการทุกข์ทรมาน รวมทั้งไม่มีผลต่อการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินได้ตามปกติ ยังรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา ส่วนประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านความหมายเชิงอารมณ์ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ อยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.21, SD = 2.22 และ Mean = 2.30, SD = 2.19) อาจเป็นเพราะอาการของโรคไตเรื้อรังไม่รุนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตยังดี ผ่อนคลาย ไม่มีภาวะเครียด ไม่มีอาการซึมเศร้า มีสมาธิในการทำงานหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี สมองปลอดโปร่ง และมีความจำดี สามารถยอมรับกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ ไม่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในเวลานี้เป็นอันตราย และยังเป็นปกติดี

กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 รองลงมา คือ การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 59.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ที่ พบว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การนั่งพักผ่อน ร้อยละ 96 รองลงมาคือ การงีบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ ร้อยละ 91.3 การดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ร้อยละ 90.5 การนอนหลับ ร้อยละ 88.1 และการคิดในทางที่ดี ร้อยละ 81.0

และสอดคล้องกับการศึกษาของ Petchrung (2004) ที่พบว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ การจับหลักหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ ร้อยละ 80 การนอนหลับ ร้อยละ 63.8 การออกกำลังกาย ร้อยละ 62.3 การดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 60 และการนั่งพักผ่อน ร้อยละ 56.9

ในด้านประสิทธิผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้า พบว่า กลวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุด คือ การนอนหลับ ร้อยละ 67.5 ได้ผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้าในระดับปานกลาง ส่วนกลวิธีอื่นๆ ทุกกลวิธีมีประสิทธิผลของการจัดการกับอาการในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ มนไธสง และคณะ (2554) ที่พบว่า การนั่งพักผ่อนและการนอนหลับนั้นมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ในระดับปานกลาง การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.52 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการทำงานด้านร่างกายลดลง ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เป็นช่วงอายุที่เริ่มมีอุปสรรคต่อการทำงานของร่างกาย (Mujais et al., 2009) ดังนั้นการจัดการกับอาการวิธีที่ง่ายที่สุด คือ การนอนหลับและการนั่งพักผ่อน แต่ประสิทธิผลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นเกิดจากการสะสมของของเสียในร่างกาย และการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นหากต้องการลดอาการอ่อนล้า จึงจำเป็นต้องอาศัยการควบคุมอาหารในกลุ่มโปรตีน โดยการใช้ Low Protein Diet (LPD) 0.6 กรัม/น้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม/วัน เพื่อลดการคั่งของ ยูเรีย ทำให้ผู้ป่วยสบายตัวมากขึ้น (Lederer, & Ouseph, 2007; Wright, & Jones, 2010)

การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.56) ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา มีกำลังใจ กำลังกายดีขึ้น (Shoaib, Khan, & Khan, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ทั้งจากคู่ชีวิต ร้อยละ 74.7 และบุตร ร้อยละ 60.4 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และคณะ (2007) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการปฏิบัติตัวเหมาะสมตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การได้รับความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ตามประเพณีและวัฒนธรรมไทยแล้วนั้นการดูแล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะยามเจ็บป่วย จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ดี ($\text{Mean} = 98.94$, $\text{SD} = 8.39$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mujais และคณะ (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 34.68$, $\text{SD} = 3.41$ และ $\text{Mean} = 27.96$, $\text{SD} = 2.62$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูวดี ชีระศิลป์ (2547) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ไม่ต้องทำงาน ลูกหลานต้องการให้พักผ่อนอยู่กับบ้าน จึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับที่ดีทุกด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 25.37$, $\text{SD} = 2.25$ และ $\text{Mean} = 7.44$, $\text{SD} = 1.24$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเป็นเวลานานอย่างน้อย 3 - 4 ปี ร้อยละ 55.6 และส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.7 เบาหวาน ร้อยละ 21.4 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.5 มีเพียงร้อยละ 7.1 เท่านั้นที่ไม่มีโรคร่วม นอกจากนั้นเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ อวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป การทำงานเสื่อมถอยลงตามกาลเวลา (อุทัย สุดสุข, 2552) จึงทำให้รู้สึกว่าคุณภาพร่างกายไม่แข็งแรง จึงไม่ต้องการออกจากบ้าน ไม่มีกิจกรรมในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย สุดสุข (2552) ที่ศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 33.3 ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ด้วยระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยาวนาน รวมทั้งโรคร่วมและความเสื่อมถอยตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการพบปะเพื่อนฝูงลดลงด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ คือ ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าด้านความรู้สึกและด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ ดวงรัตน์ มนโธสง และคณะ (2554) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46, p < .01$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิงน้อย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติ ซึ่งส่วนมากเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 และยังสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี โดยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ คือ น้อยกว่า 140/90 mmHg ระดับ BUN อยู่ในช่วง 24-79 mg/dl (ค่าปกติ 8-23 mg/dl) และระดับ Creatinine อยู่ในช่วง 1.2-2.9 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.1 mg/dl) ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต ส่วนประสบการณ์การมีอาการด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง และประสบการณ์การมีอาการด้านความหมายเชิงอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p < .05$ และ $r = -.22, p < .01$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd และคณะ (2001) ที่พบว่า ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า เป็นปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการ เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการเกิดขึ้น จะมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้อาการ เป็นการแปลความหมายผ่านกระบวนการรู้คิดของแต่ละบุคคล ในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติที่เคยเป็นหรือเคยรู้สึก นำไปสู่การประเมินอาการ โดยบุคคลจะประเมินอาการของตนเองว่าอาการนั้นๆ มีระดับรุนแรงมากเพียงใด รวมถึงสาเหตุและความสามารถในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น และผลของอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อชีวิตของตนมากน้อยเพียงใด เมื่อสามารถประเมินอาการที่เกิดขึ้นได้แล้ว นำไปสู่การตอบสนองต่ออาการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม หากบุคคลนั้นเชื่อว่าอาการที่ประสบนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของตน การรับรู้ถึงระดับของความรุนแรงอาจสูงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตรจันทร์ (2554) พบว่า อาการที่ผู้ป่วยประสบ มักไม่เกิดเพียงอาการเดียว แต่มักเกิดหลายอาการพร้อมๆ กัน เช่น อาการอ่อนล้า รองลงคืออาการเบื่ออาหาร อาการวิตกกังวล อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ อาการแสบร้อน กระตือรือร้น อาการคันผิวหนัง อาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพเสี่ยว หายใจลำบาก บวมตึงที่แขน ขา และข้อมือ ดังนั้นหากผู้ป่วยเผชิญกับอาการต่างๆ หลายอาการพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นและประเมินว่าอาการนั้นรุนแรงขึ้นและคุกคามต่อชีวิตของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงด้วย

จากประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า อาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์

มานั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ ทำให้ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับที่ไม่ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง ด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้แล้วได้ผล และประเมินแล้วว่ามีประสิทธิภาพ สามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกลวิธีที่ใช้นั้นแตกต่างกันไปแล้วแต่บุคคล โดยมีองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี แสงวงษ์ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01, r = .43$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yu และ Petrini (2010) ที่ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับต่ำ จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ การเงินและการดูแลอยู่ในระดับมาก และพบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีคู่ชีวิตพร้อมลูก/หลาน (ร้อยละ 53) และมีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 54) ซึ่งทุกครั้งที่มารับการรักษาคคนในครอบครัวมักจะมาเป็นเพื่อน หรือจัดหาพาหนะให้ทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงดาว จุลบาท (2551) พบว่าสถานะภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าและ แยกกันอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ รวมถึงการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหา และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามบริบทของตน เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป
2. จากการศึกษาพบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุดซึ่งมีประสิทธิผลในระดับปานกลาง คือ การนอนหลับ และการนั่งพักผ่อน ดังนั้นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพจึงควรจัดสถานที่ให้เหมาะสมตามบริบทในขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน และบรรเทาอาการอ่อนล้าในขณะที่รอรับการตรวจรักษา และควรมีการให้คำแนะนำกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา อบรมหรือเผยแพร่ผลการศึกษาให้กับผู้ร่วมงาน หรือนุเคราะห์ทางด้านสุขภาพที่สนใจ เพื่อนำองค์ความรู้ดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาระยะการมีอาการอ่อนล้า หรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่อาจสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต และควรศึกษาอย่างต่อเนื่องในเชิงการศึกษาระยะยาว
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมในการจัดการ กับอาการ ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว จากองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการอ้างอิงประชากรที่ศึกษา เนื่องจากประชากรที่ศึกษา มีประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้าไม่สูงนัก และสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียว และเป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์กำหนดการคัดเลือก จึงอาจ ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนแบบภาพรวมผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตของ ประเทศได้



FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT
AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PRE-DIALYSIS
CHRONIC KIDNEY DISEASE

PORNPIMOL WADEESIRISAK 5337924 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VILAIVAN THONGCHAROEN,
Ph.D. (HIGHER EDUCATION), CHANTANA RONNARITHIVICHAI,
M.S. (PHYSIOLOGY), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, D.S.N.

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

Chronic Kidney Disease (CKD) was a common disease and a health problem worldwide, including in Thailand. According to the study on the epidemiology of the chronic kidney disease worldwide, the incidence of the chronic kidney disease in Europe and USA was found in 700 persons per 1 million populations and 1,400 persons per 1 million populations, respectively (Cirillo, Lombardi, Mele, Marcarelli, & Bilancio, 2012). In Thailand, the number of patients with the chronic kidney disease had continuously increased year by year. The report of the Nephrology Society of Thailand disclosed that the number of patients with the chronic kidney disease increased by 10,000 cases per year, or representing 17.6% of all populations, or approximately 8 million persons. Among these, there were up to 200,000 patients with the final stages of chronic kidney disease. The budget for medical treatment in B.E. 2557 was allocated in an amount of 5,178 million baht. It was estimated that the budget required in B.E. 2560 might reach 17,000 million baht (National Health Security Office, B.E. 2557). The kidney disease was a fatal symptom and ranked 6th among the causes of death in the elderly, or equivalent to 22.9 cases per 100,000 populations (Bureau of Policy and Strategy, B.E. 2556).

The chronic kidney disease came from several factors, mainly from diabetes accounting for 70%, followed by hypertension (Bureau of Policy and Strategy, B.E. 2553; National Kidney Foundation, 2002; Zhang et al., 2008). In addition to the aforementioned factors, senility also resulted in deterioration of kidney and renal artery (Siribamrungwong, M., Eiam-Ong, Somjit, Katavetin, P., and Eiam-Ong, Somchai, B.E. 2550; Król, Rutkowski, Czarniak, & Kraszewska, 2010; National Kidney Foundation, 2002). Due to the effect of atherosclerosis on reduced blood flow through the kidney, glomerular filtration rate became decreased (Thongcharoen, V., B.E. 2554). According to the study of Zhang et al (2008), it was found that the incidence rate of the chronic kidney disease in early elderly (60-69 years) was higher than that of adulthood by 2 times, and became increased by 3 times in elderly at the age of over 70 years. Therefore, the elderly had a high tendency to be exposed to the chronic kidney disease. Upon the emerged disease, the severity of the disease would be higher than other age groups, and the rehabilitation would be hardly possible, probably leading to other chronic diseases. Thus, elderly patients needed to receive proper treatment so as to maintain their renal function as much and long as possible.

Fatigue was a common symptom among patients with pre-dialysis chronic kidney disease since their kidney could no longer remove wastes. Consequently, physical functions were affected or intervened, followed by balancing between fluid, electrolyte, and pH-value, as well as motor system disorders regarding hormone and vitamin D synthesis. These patients would increasingly show clear signs. Common disorders of several organs included fatigue, nausea, vomit, anorexia, itchy skin, and nervous symptoms, such as depression, unconsciousness (Jirakulsomchok, D., Roysommuti, S., Wannanon, P., and Tong-un, T., B.E. 2552; Jitchan, P., B.E. 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006; Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009). Particularly, nervous and muscular systems were directly affected by Uremia. Patients would be exposed to numbness in hands and feet, and fatigue, especially in the event of fluid and electrolyte balance disorder which mainly resulted in muscle weakness (Limumnoilap, S., B.E. 2544; Maneesri, S., Sangkard, K., Pongthavornkamol, K., and Teerapornlertratt, T., B.E. 2554; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006). According to the study of Jitchan, P. (B.E. 2554), fatigue was found to be the most common symptom, representing 100% in patients with pre-dialysis chronic kidney disease.

Likewise, the study of Bonner, Wellard, and Caltabiano (2008) showed that these patients had the highest rate of fatigue by 42.96%. Accordingly, the study of Murphy et al. (2009) revealed that fatigue of these patients accounted for as high as 75%. The study of Young et al. (2009) found that fatigue of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease reached 68.9%, and such fatigue negatively correlated with quality of life with a statistical significance. Cruz et al. (2011) reported that patients with pre-dialysis chronic kidney disease at 4th-5th stage had less activities of daily living, reduced energy, or fatigue, resulting in poor quality of life. As patients needed to be more dependent, they were unhappy since they could not perform activities on their own, felt oneself a burden to others, leading to social phobia (Jorgensen, 2008). In this regard, fatigue experience of each patient was subject to contexts and environments varied by each person. Therefore, management strategies were relatively varied by each patient. Also, it was really necessary that health personnel had to understand fatigue experience, including management strategies adopted by patients to alleviate their own fatigue in order to enable patients to manage fatigue efficiently and appropriately case by case. In addition, there were several other factors affecting quality of life of these patients like psychological factor, i.e., a variety of illness or disorders could make patients feel anxious and depressed. Thus, assistance and social support from families or beloved persons could help patients live in the society happily, not to feel oneself a burden to others, not to have social phobia, and have better quality of life (Mucsi, 2008).

Based on the Symptom Management Model developed by Dodd et al. (2001), main interrelated concepts consisted of symptom experiences, management strategies, and outcomes. Individuals would feel and perceive changes in physical symptoms or any physical disorders, as well as realize elements which influenced principal concepts of the Symptom Management Model, comprising 1) Personal domain included personal factor, physiology, psychological aspect, society, as well as individual level of development and maturity; 2) Health and illness domain included risk factor, health status, existing disease and injury; 3) Environmental domain included physical environment, social environment, and cultural environment, whereby social environment would be inclusive of social support network, and relationships between family members was one of the most critical social support

network and the smallest society. Therefore, once patients adopted management strategies to cope with their symptoms, together with family support representing relationships among family members, these factors influenced outcomes of management strategies, and thereby reducing multiple symptoms. As a result, patients enjoyed better health status and better quality of life.

Research Question

1. How about fatigue experience, management strategies, family support, and the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease?
2. Do fatigue experience and family support correlate with the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease, and how about such correlation?

Research Objective

1. To explore fatigue experience, management strategies, family support, and the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease.
2. To explore correlation between fatigue experience, family support, and the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease.

Research Hypothesis

1. Fatigue experience negatively correlated with the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease.
2. Family support positively correlated with the quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease.

Research Methodology

This study was a descriptive correlational research, with the aim of exploring fatigue experience, management strategies, family support, and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease, including investigating the correlation between fatigue experience, family support, and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease who visited the non-communicable chronic disease clinic, outpatient department, SriSongkhram Hospital, Nakhon Phanom province. The data had been collected from April to October B.E. 2556. The samples were elderly patients at the age of over 60 years who were diagnosed by physicians with pre-dialysis chronic kidney disease at 4th-5th stage, had the normal perception on time, place, and person, and/or were ensured that they had no dementia according to medical records, relatives, or main caregivers, and used to have at least 1 symptom of fatigue experience.

The sample size was determined by the calculation based on the correlation coefficient table (Polit & Beck, 2008). The reliability was at a .05 level of statistical significance. Power of test was at the value of .80, and medium effect size was equivalent to .25. As a result, there were totally 126 persons in the sample.

Research Instruments

1. The interview form addressing demographic data, i.e., age, gender, marital status, educational level, income sufficiency, medical privileges, number of family members, relationships, and medical treatment data.

2. Revised Piper Fatigue Scale contained 22 questions. This study utilized the assessment form on fatigue scale of Piper et al (1998) which was translated into Thai by Dalopakarn, P. (B.E. 2546) with a back translation process. The reliability was equivalent to 0.97.

3. Fatigue Management Strategies and Outcomes Questionnaire – This study utilized the assessment form on management strategies of Monthaisong, D. (B.E. 2553) which conducted the study in patients with continuous peritoneal dialysis. According to the calculation by using Cronbach's alpha coefficient, the reliability was equivalent to .71.

4. Family Support Questionnaire – This study utilized the assessment form on family support of Kluinak, U. (B.E. 2540) which conducted the study on the relationships between family support and self-adjustment of patients with head and neck cancer treated by radiotherapy. According to the calculation by using Cronbach's alpha coefficient, the reliability was equivalent to .94.

5. WHOQOL-BREF-THAI was developed by Mahatnirunkul et al. (B.E. 2541). This instrument of the World Health Organization in Thai version for measuring quality of life contained 26 questions, and covered all 4 aspects of quality of life, including physical health, mental health, social relationships, and environment. The reliability was equivalent to .90.

In this study, the researcher conducted the reliability testing with the research instruments, namely the assessment form on fatigue experience, the assessment form on family support, and the assessment form on quality of life prior to the application in the actual study. These instruments were trial used with 30 patients similar to the samples. Cronbach's Alpha was calculated to be .91, .98, and .80 respectively. The instruments were used with 126 persons in the actual samples. The reliability was equivalent to .87, .97, and .85 respectively.

Sample Advocacy

The researcher requested for the approval from the Human Research Ethics Committee of Faculty of Nursing, Mahidol University. After gaining the approval, the data collection had been implemented. The researcher selected the samples based on the inclusion criteria. Then, the self-introduction had been made in order to ask for research cooperation, request for permission, and explain the rights advocacy for research participants. The process started from making an introduction, explaining research objectives, benefits, sample selection, and data collection, as well as the sample right to accept or refuse to participate in this research. The samples were entitled and involved in deciding to participate in this research. In addition, the samples were informed that they could remove from the study whenever needed, without any necessity to give explanation, and such action would not have any impact on medical treatment. All data of the research participants would be kept confidential.

The data from the assessment would be recorded in the coded questionnaire instead of disclosure of name, and be further discussed or published as the overall results of the study only. The research participants would have the opportunity to ask questions and related regulations. Subsequently, the samples were allowed to decide to participate in the research on their own. Upon their consent of research participation, the samples would be required to sign the research consent form. Then, the researcher would proceed with the data collection.

Data Analysis

The researcher analysed the data by using SPSS program. The descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze demographic data, fatigue experience, management strategies, family support, and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. The relationships between fatigue experience, family support, and quality of life in elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease were analyzed by using Pearson's product moment correlation coefficient, whereby the statistical significance level was determined at .05.

Results

126 elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease who visited the non-communicable chronic disease clinic aged between 60-88 years, with an average age of 71.52 years (43.6%). 65.9% were the early elderly (60-69 years). Women represented more than half of the samples. 54.8% were married. 92.9% had a primary school level. 43.7% earned sufficient income for their spending, but not for saving. Regarding medical privileges, 94.4% were entitled to gold card for seniors. 42.1% lived with their family members, comprising spouses as well as children/grandchildren. 42.9% had 3-4 family members living in the same house.

55.6% of the samples were diagnosed with chronic kidney disease for about 3-4 years. 67.5% were at the 4th stage of the disease. 82.5% had 24-79 mg/dl of BUN (normal value = 8-23 mg/dl). 65.9% had 1.2-2.9 mg/dl of creatinine (normal value = 0.6-1.1 mg/dl). 43.7% were exposed to co-infections, namely diabetes and hypertension. 79.4% had a normal level of blood pressure.

The results of the study revealed that the samples had a moderate level of fatigue experience (Mean = 4.11, SD = 1.69). When considering each aspect, it was found that fatigue experience in terms of feelings and behaviors or severity of the samples were at a moderate level (Mean = 6.39, SD = 2.43, and Mean = 4.43, SD = 2.75), while emotional meaning and intellectual or emotional aspect were at a low level (Mean = 3.21, SD = 2.22, and Mean = 2.30, SD = 2.19).

Regarding management strategies and outcomes of management strategies, top 5 strategies adopted by the samples included sleeping (67.5%), sitting for relaxation (59.5%), drinking soft drink (32.5%), body massage or acupressure massage (23%), taking non-strenuous exercises, such as walking about 15-30 minutes (20.6%), while yoga and acupuncture had never been adopted by the samples.

Regarding the outcomes of top 5 management strategies adopted by the samples, sleeping outcome was at a moderate level (Mean = 1.82, SD = 1.27), followed by a low level of 4 strategies, i.e., sitting for relaxation, drinking soft drink, eating favorite food, and meditation (Mean = 1.47, SD = 1.34; Mean = 0.86, SD = 1.29; Mean = 0.50, SD = 1.10, and Mean = 0.40, SD = 0.91).

Regarding family support of the samples, the overall family support was found to be at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.56). When considering each aspect, emotional aspect was most provided with family support (Mean = 4.76, SD = 0.63), while information, and material and financial, as well as caring aspect received a high level of family support (Mean = 4.07, SD = 0.58, and Mean = 3.94, SD = 0.52).

Regarding quality of life of the samples, the overall quality of life of the samples was at a good level (Mean = 98.94, SD = 8.39). When considering each aspect, environmental and psychological aspects were at a good level (Mean = 34.68, SD = 3.41, and Mean = 27.96, SD = 2.62), while physical and social relationship aspects were at a moderate level (Mean = 25.37, SD = 2.25, and Mean = 7.44, SD = 1.24). When analyzing the relationships between fatigue experience and quality

of life of the samples, it was found that the overall fatigue experience did not correlate with quality of life of the samples. When considering each aspect, behavioral or severity, and emotional meaning aspects negatively correlated with quality of life with a statistical significance at .05 and .01 respectively ($r = -.15$, and $r = -.22$), while feeling, and intellectual or emotional aspects did not correlate with quality of life. Regarding the relationships between family support and quality of life of the samples, the results revealed that the overall family support positively correlated with quality of life with a statistical significance ($r = .39$). When considering each aspect, it was found that family support in relation to information, emotional, material, financial, and caring aspects positively correlated with quality of life at a .01 level of statistical significance ($r = .38$, $r = .37$, and $r = .369$ respectively).

Discussion

Fatigue experience of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease

The results of this study revealed that the overall fatigue experience of the samples was at a moderate level (Mean = 4.11, SD = 1.69), possibly because 43.6% of the samples were the early elderly. 67.5% were at the 4th stage of the disease. They could control their symptoms effectively. When considering each aspect, fatigue experience in relation to feeling and behavioral or severity aspects of the samples were found to be at a moderate level (Mean = 6.39, SD = 2.43, and Mean = 4.43, SD = 2.75). This was probably because patients felt that they remained strong, alert, and energetic. Thus, the fatigue symptom did not affect their working ability or make them suffer, as well as had nothing to do with their socialization with friends. In addition, they could join recreational activities as usual, and feel delighted and lively. Meanwhile, emotional meaning and intellectual or emotional aspects were at a low level (Mean = 3.21, SD = 2.22, and Mean = 2.30, SD = 2.19), probably because the chronic kidney disease was not severe. These patients felt calm, relaxed, without tension and depression, had concentration on working or performing several activities satisfactorily, with brightness and retentive memory. They were able to accept the

symptom of fatigue, not to consider the fatigue harmful, and remained in normal condition.

Management strategies and outcomes of management strategies of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease

The results of this study found that top 5 strategies adopted by the samples included sleeping (67.5%), sitting for relaxation (59.5%), drinking soft drink (32.5%), body massage or acupressure massage (23%), and taking non-strenuous exercises, such as walking about 15-30 minutes (20.6%). Accordingly, the study of Monthaisong, D. et al. (B.E. 2554) found that top management strategy adopted by the samples was sitting for relaxation (96%), followed by taking a nap or sleeping for a short time (91.3%), watching television/listening to music (90.5%), sleeping (88.1%), and thinking positively (81.0%). Likewise, the study of Petchrung (2004) revealed that top management strategies adopted by the samples included taking a nap or sleeping for a short time (80%), sleeping (63.8%), taking exercise (62.3%), drinking soft drink (60%), and sitting for relaxation (56.9%).

Regarding the effectiveness of management strategies, the results revealed that the most effective strategy was sleeping (67.5%), of which the outcome was at a moderate level, while the effectiveness of other strategies was at a low level. Accordingly, the study of Monthaisong, D. et al. (B.E. 2554) revealed that the effectiveness of sitting for relaxation and sleeping was at a moderate level. In this study, the samples aged 71.52 years on average, and their physical function was in the declining stage. Patients at the age of over 65 years were about to face barriers to physical function (Mujais et al., 2009). Therefore, the most convenient management strategies were sleeping and sitting for relaxation, but the effectiveness was only at a moderate level. This was probably because the fatigue was due to the accumulation of wastes in the body and fluid and electrolyte balance disorder. Thus, to reduce fatigue, it was necessary to rely on protein control by using 0.6 grams/1 kilogram of body weight/day of Low Protein Diet (LPD) in order to reduce the retention of urea, and thereby making patients feel more comfortable (Lederer & Ouseph, 2007; Wright & Jone, 2010).

Family support of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease

The data analysis revealed that the samples received the overall family support at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.56). Therefore, support from family members or close persons in the family would enable patients to face problems and have better encouragement and physical strength (Shoaib, Khan, & Khan, 2011). Accordingly, the study of Jitchan, P., (B.E. 2554) found that family support was at a high level, both from spouses (74.7%) and children (60.4%). Likewise, the study of Cohen et al. (2007) on social support for patients with chronic kidney disease reported that social support enabled patients with chronic kidney disease to have proper behaviors in line with medical treatment. This represented that affection, concern, and attention from family members highly affected health status and quality of life of elderly patients. Based on Thai tradition and culture, support and assistance among family members were significant, especially during illness. The results of the study indicated that the samples were much provided with affection, concern, and attention from their family members. Consequently, they took care of themselves to a greater extent, resulting in better quality of life.

Quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease

According to the study on quality of life of the samples, it was found that the overall quality of life of the samples was at a good level (Mean = 98.94, SD = 8.39). Accordingly, the study of Mujais et al. (2009) found that the overall quality of life of patients with pre-dialysis chronic kidney disease was at a good level. When considering each aspect, environmental and psychological aspects were found to be at a good level (Mean = 34.68, SD = 3.41, and Mean = 27.96, SD = 2.62). Likewise, the study of Therasin, Y. (B.E. 2547) found that environmental and psychological aspects of patients with end-stage kidney disease were at a good level, possibly because the samples were elderly who did not have to work, and their children would like them to stay at home. Therefore, they received all aspects of family support at a good level, especially emotional and psychological aspects, which highly influenced quality of life of elderly. Meanwhile, physical and social

relationships aspects were at a moderate level (Mean = 25.37, SD = 2.25, and Mean = 7.44, SD = 1.24), probably because the samples were elderly who had been exposed to chronic kidney disease for about 3-4 years (55.6%). Most of them had at least one co-infection, namely diabetes together with hypertension (43.7%), diabetes (21.4%), and hypertension (17.5%). Only 7.1% had no co-infections. Moreover, their organs and physical functions had been deteriorated in line with their old age (Sudsuk, U., B.E. 2552). As a result, they felt that they were unhealthy, and thereby not desiring to go out and do any social activities. Accordingly, the study of Sudsuk, U. (B.E. 2552) on activities of daily living, requirements, and quality of life of elderly revealed that 33.3% of elderly needed to rely on other people. Due to prolonged illness including co-infections and age-related deterioration of elderly, their participation in activities or socialization with friends had been declined as well.

Relationships between fatigue experience, family support, and quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease

According to the analysis on fatigue experience and quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease, the results revealed that fatigue experience did not correlate with quality of life of the samples ($p > .05$). The said results did not meet with the research hypothesis stating that fatigue experience negatively correlated with quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. When analyzing each aspect, fatigue experience in terms of feeling and intellectual or emotional aspects was found to be irrelevant to quality of life of the samples. Differently, the study of Monthaisong, D. et al. (B.E. 2554) on fatigue experience, management strategies, and quality of life of patients with continuous peritoneal dialysis found that fatigue experience negatively correlated with the overall quality of life at a moderate level with a statistical significance ($r = -.46$, $p < .01$), possibly because most samples were early elderly who had been able to be self-reliance, have low dependency, and do several activities as usual. The majority of them was at the 4th stage of chronic kidney disease, and had been able to control the disease effectively, while they had a normal level of blood pressure, i.e., lower than 140/90 mmHg, with the value of BUN ranging from 24-79 mg/dl (normal value = 8-23 mg/dl), and the value of creatinine ranging from 1.2-2.9 mg/dl (normal value = 0.6-1.1

mg/dl). Thus, fatigue experience of these patients was at a moderate level, and did not affect their daily life and quality of life. Meanwhile, behavioral or severity aspects and emotional meaning negatively correlated with quality of life with a statistical significance ($r = -.15$, $p < .05$, and $r = -.22$, $p < .01$). The results of this study was consistent with the study of Dodd et al. (2001) which revealed that fatigue experience was a factor in relation to the symptom experience. After having the symptom experience, patients would perceive their symptoms. Such perception was an interpretation through individual cognitive process on changing status they used to be or used to feel, leading to the symptom assessment. Each individual would assess their own symptom on level of severity of the symptom, including causes and ability to heal the symptom, and to what extent the symptom affected their own life. After being able to assess the symptom, they would react to the symptom physically, psychologically, and behaviorally. If such person believed that existing symptom was life threatening, their perception on level of severity might be higher. More severe symptom would also reduce quality of life. Accordingly, the study of Jitchan, P. (B.E. 2554) revealed that patients usually did not encounter with only one symptom, but multiple symptoms, such as fatigue, followed by loss of appetite, anxiety, headache, insomnia, causalgia, restless legs syndrome, skin irritation, constipation, nausea, vomiting, depression, shortness of breath, swollen hands and legs, and dizziness. Therefore, when encountering with multiple symptoms at the same time, patients would perceive the symptoms and assessed that the symptoms became more severe and life-threatening, resulting in the patients' lower quality of life.

With regard to fatigue experience occurred with elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease in this study, it could be explained that such fatigue experience of the samples might be resulted from controllable symptom. Thus, the level of severity was not life-threatening, and the samples could manage their fatigue on their own with management strategies that patients considered effective and efficient, as well as being able to alleviate fatigue. Management strategies were varied by each individual, comprising physical, psychological, and social/environmental element. These 3 elements influenced symptom experiences and management strategies differently. When considering the outcome of quality of life, fatigue

experience was found to be at a moderate level, so it did not correlate with quality of life.

Regarding the relationships between family support and quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease in this study, it was found that family support positively correlated with quality of life at a moderate level with a statistical significance ($r = .39, p < .01$). This result was consistent with the research hypothesis stating that family support positively correlated with quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. Accordingly, the study of Tangwong, S. (B.E. 2547) on social support from family members and quality of life of elderly in Taweewattana District, Bangkok revealed that family support positively correlated with quality of life of elderly with a statistical significance ($r = .433, p < .01$). Likewise, the study of Yu and Petrini (2010) on quality of life of patients with chronic kidney disease treated with hemodialysis revealed that if patients received social support from family members at a low level, their quality of life would be affected. This was probably because it involved Thai tradition which gave an emphasis on families. In addition, Thai culture cultivated morality, ethics, gratitude, repaying a kindness to benefactors, duties of children to take care of fathers and mothers, duties of grandchildren to take care of grandparents, including assistance provided among spouses (National Statistical Office, B.E. 2552). The results of this study showed that family support was at a high level, especially in terms of emotional aspect which ranked highest among family support for patients, followed by information, and material and financial, and caring aspects which were at a high level. In addition, patients were found to live with their family members, comprising spouses as well as children/grandchildren (53%), and have 3-4 family members (54%). Every time these patients visited the doctor, their family members usually accompanied them or provided transportation arrangement for them. Accordingly, the study of Julabat, P. (B.E. 2551) revealed that married status positively correlated with quality of life, while single, widowed, divorced, and separated status negatively correlated with quality of life of patients with chronic kidney disease treated with hemodialysis. This clearly showed that social support closest to elderly was family members, comprising spouses, children/grandchildren, and relatives (Tangwong, S., B.E. 2547). Demands

for family support of elderly would be varied by individual requirements and health status of elderly.

Recommendations and Research Utilization

Clinical nursing practice

1. The research provided the guideline for health team members in charge of taking care of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease. The emphasis should be given on fatigue assessment in order to plan how to assist patients with managing existing symptoms. In addition, the assessment on family support and quality of life of these patients should be continuously made in order to evaluate problems and provide assistance appropriately with their own context so as to further promote good quality of life of these patients.

2. The effectiveness of fatigue management strategies were sleep and rest, health team members should location comfortable environment for he/she. Health team members should put an emphasis on involvement of family members in establishing nursing plan and promoting self-care in order to adjust behaviors, including adopting effective management strategies when encountering with fatigue. Such action would reduce or manage existing symptoms so as to enable patients to perform daily activities on their own, or reduce dependency, and have good quality of life.

Education

The results of this study might be utilized as basic information for education, training, or be disseminated to colleagues, or interested health personnel in order to apply such knowledge to nursing care provided for elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease for their good quality of life.

Research

1. It was suggested conducting the study on factors influencing family support and the quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease.

2. It was suggested conducting the comparison study on the quality of life of patients with kidney disease during each stage of the disease.

3. It was suggested conducting the longitudinal study on fatigue experience and the quality of life of elderly patients with pre-dialysis chronic kidney disease in a continuous manner.

Limitations

This study had constraints in referring to the populations since fatigue experience of these populations was not too high, and the data were collected at only one place, as well as convenience sampling based on the inclusion criteria was applied. Therefore, the populations could not represent the overall patients with pre-dialysis chronic kidney disease at a national level.

รายการอ้างอิง

- กรวรรณ ปานแพ, อรวรรณ ศรียุคศุทธ, และ รัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2554). ประสบการณ์การมี
อาการเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (supply 2), 59-66
- เกรียง ตั้งสง่า. (2550). แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยยาและโภชนาบำบัด. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง,
เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *โรคไต: กลไก พยาธิ
สรีรวิทยา การรักษา* (หน้า 191-218). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ขจร ตีรณชนากุล, และ กฤษณพงศ์ มโนธรรม. (2547). Overview of Hemodialysis. ใน สมชาย
เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, และ คุณณี คำมี. (2552). *สัมพันธภาพใน
ครอบครัวคนไทย: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล*.
- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รongเมือง, และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2554). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3),
88-99.
- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, พิสุทธิ กตเวทิน, กฤษณพงศ์ มโนธรรม, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, และ สมชาย
เอี่ยมอ่อง. (2550). Role of erythropoietin therapy in chronic kidney disease. ใน
สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ),
โรคไต: กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ดวงรัตน์ มนไชสง, อรวรรณ ศรียุคศุทธ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และ ทวี ชาญชัยรุจิรา. (2553).
ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาล*, 12(1), 29-41.
- คุสิต จิรกุลสมโชค, สัญญา รอยสมมุติ, ปณศพร วรรณานนท์, และ เทอดไทย ทองอู่. (2552).
สรีรวิทยาของไต ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์และของกรดต่าง (พิมพ์ครั้งที่ 3).
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2547). Continuous ambulatory peritoneal dialysis. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ธันนดา ตระการวนิช. (2550). การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *Update on CKD Prevention: Strategies and Practice Points* (หน้า 119-126). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ พานชูวงศ์, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, สุวิมล กิมปี, และ วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. (2551). ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการปวดขาเนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยง วิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(1), 60-73.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ, และ อนุตตร จิตตินันทน์. (2549). การรักษาภาวะไตวายระยะสุดท้ายโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: Medinfo G.D., Ltd.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมาเร็ง ประสิทธิภาพการมี อาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมาเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญใจ คาโลปการ. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมาเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 15(3), 59-71.
- เพ็ญดาว จุลบาท. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, พิสุทธิ กตเวทิน, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2550). Aging and Kidney. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ), *โรคไต: กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ยุวดี ชาติไทย. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยไตวาย (Management of Clients with Renal Failure). ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- ยุวดี ธีระศิลป์. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ร่มรัตน์ หลีสุข. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ พงศ์พิฒิปัทธ, อรวมน ศรียุคศุภสุข, จงจิต เสน่หา, และ นพพร ว่องสิริมาศ. (2013). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 52-61.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคคผลิเคชั่น.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณัท คุ่มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ลีนา องอาจอุท. (2547). Chronic kidney disease: Risk factors and protective strategies. ใน ลีนา องอาจอุท, สุชาย ศรีทิพยวรรณ และ รัตนา ชวนะสุนทรพจน์ (บรรณาธิการ), *Practical nephrology*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- วรรดี รักอิม, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา, และ ศิวศักดิ์ จุทอง. (2549). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 289-298.
- วลัยพร นันทสุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วัลลา ตันตโยทัย, และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง.

- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *กายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ*. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 55-70). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล. (2547). Renal osteodystrophy: Calcium and phosphorus disturbances in chronic kidney disease ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกียรติ ตั้งสง่า, และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). (2550). *โรคไต: กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต*. กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไลม์ (ไทย) จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเรต จำกัด.
- สายไหม ตุ่มวิจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิกา อร่ามเมือง, กรองกาญจน์ สังกาศ, สุวิมล กิมปี, และ อรวรรณ ศรียุคศุข. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 74-81.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชน เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและการตระหนักเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ*. รายงานการสำรวจสำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 3: การบริหารบบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กทม.: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* from <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข. from

<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.html>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถิติสาธารณสุข. from

<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>

สุกัญญา จ้อยกล้า. (2550). การศึกษาอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยซีเอพีดี. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2550). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปราณี แดงวงษ์. (2547). การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุพัฒน์ วาณิชชักร. (2551). Principle of hemodialysis. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ และ สุพัฒน์ วาณิชชักร (บรรณาธิการ), ตำราการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ธานี พรมานะรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง.

แสงรวี วัฒนศิริ, กรองกาญจน์ สังกาศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และ ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วชิรสารพยาบาล, 13(1), 14-27.

อนุตร จิตตินันท์. (2547). Overview of pre-end stage kidney disease management in chronic kidney disease patients ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), Nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.

- อุดม ไกรฤทธิชัย, วีระศักดิ์ ศรีนนท์, เพ็ญศรี อินทรสถิตย์, และ กัญญา บุญทองโท. (2554). รายงานการศึกษาโครงการวิจัยการชะลอการเสื่อมโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยยาลดความดันโลหิต: โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์.
- อุทัย สุดสุข. (2552). โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- อุไร ขลุ่ยนาถ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ahlberg, K., Ekman, T., & Gaston-Johansson, F. (2005). The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 377-386.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient: A conceptual approach to a clinical problem. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 25-30.
- Aritake, O. S., Nakao, T., Komada, Y., Asaoka, S., Sakuta, K., Esaki, S., et al. (2011). Prevalence and clinical characteristics of restless legs syndrome in chronic kidney disease patients. *Sleep Medicine* 12(10), 1031-1033.
- Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2008). Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 90-98.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Carpenito, L. J. (1999). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Chikotas, N., Gunderman, A., & Oman, T. (2006). Uremic syndrome and end-stage renal disease: Physical manifestations and beyond. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(5), 195-202.
- Church, M. C. (2004). *The conceptual and operational definition of quality of life: A systemic review of the literature*. Unpublished master's thesis, Texas A & M University, USA.
- Cirillo, M., Lombardi, C., Mele, A. A., Marcarelli, F., & Bilancio, G. (2012). A population-based approach for the definition of chronic kidney disease: The CKD Prognosis Consortium. *Journal of Nephrology*, 25(1), 7-12.

- Collins, A. J., Foley, R. N., Herzog, C., Chavers, B., Gilbertson, D., Ishani, A., et al. (2011). US Renal Data System 2010 Annual Data Report. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(1).
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38(5), 300-314.
- Cohen, S. D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S., & Kimmel, P. L. (2007). Social support and chronic kidney disease: An update. *Advance in Chronic Kidney Disease*, 14(4), 335-344.
- Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Eggers, P., et al. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *American Medical Association*, 298(17), 2038-2047.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cruz, M. C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L. A., & Sesso, R. d. C. C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinical Science* 66(6), 991-995.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dunkel, S. C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17(3), 15-19.
- Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2010). *Patient-reported outcome measurement group, oxford : A structured review of patient-reported outcome measures for people with chronic kidney disease 2010: Report to the Department of Health and NHS Kidney Care*.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

- Ijoma, C., Arodiwe, E., Ulasi, I., & Anisiuba, B. (2010). Pericardial thickening is a major cardiac complication in patients with chronic kidney disease at first presentation. *International Journal of Nephrology and Urology*, 2(3), 438-446.
- Ingsathit, A., Thakkestian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., et al. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567-1575.
- Janz, N. K., Mujahid, M., Chung, L. K., Lantz, P. M., Hawley, S. T., & Morrow, M., et al. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women's Health*, 16(9), 1348-1136.
- Jorgensen, R. (2008). Chronic fatigue: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 199-207.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Król, E., Rutkowski, B., Czarniak, P., & Kraszewska, E. (2010). Aging or comorbid conditions- what is the main cause of kidney damage? *Journal of Nephrology*, 23(4), 444-452.
- Larson, P. J. (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Lederer, E., & Ouseph, R. (2007). Chronic Kidney Disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 49(1), 162-171.
- Lee, Y. H., & Wang, R. H. (2001). Helplessness, social support and self-care behaviors among long- term hemodialysis patients. *Hu Li Yan Jiu*, 9(2), 147-158.
- Levey, A. S., Stevens, L. A., Schmid, C. H., Zhang, Y. L., III, A. F. C., Feldman, H. I., et al. (2009). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Annals of Internal Medicine* 150(9), 604-612.
- Macdougall, I. C. (2011). Anaemia and chronic renal failure. *Medicine*, 39(7), 425-428.
- Malangpoothong, R., Pongthavornkamol, K., Sriyuktasuth, A., & Soparattanapaisarn, N. (2009). Symptom Experiences, Management strategies and Functional status in advanced lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 69-78.

- Marcuma, Z. A., & Friedb, L. F. (2011). Aging and antihypertensive medication-related complications in the chronic kidney disease patient. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 20(5), 449-456.
- Marin, L. F., Felicio, A. C., Santos, W. A., Prado, L. B., & Prado, G. F. (2012). Clinical correlates of the restless legs syndrome. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 70(7), 529-531.
- McClellan, W., Aronoff, S. L., Bolton, W. K., Hood, S., Lorber, D. L., Tang, K. L., et al. (2004). The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease. *Current Medical Research and Opinion*, 20(9), 1501-1510.
- Mucsi, I. (2008). Health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*, 15(1), 46-51.
- Mujais, S. K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., & Soroka, S. (2009). Health-related quality of life in CKD patients: Correlates and evolution over time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 4(8), 1293-1301.
- Mullarkey, I. L., Adamson, R. T., Ashton, M. E., & Amara, S. (2010). Integrated Care of Anemia in Chronic Kidney Disease Patients: Concepts in Intravenous Iron Management: Part Two. *Hospital Pharmacy Journal*, 45(4), 304-308.
- Murphy, E. L., Murtagh, F. E. M., Carey, I., & Sheerin, N. S. (2009). Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: Use of a short patient-completed assessment tool. *Nephrol clinical practice*, 111(1), c74-c80.
- National Kidney Foundation. (2002). K/ DOQI: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(2), s1-s266.
- Noland L. (2010). Palliative care nursing quality care to the end of life. In Noland L. (Ed.), *End-stage renal disease* (3rd ed.). New York: Springer.
- O'Sullivan D, & McCarthy G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 37-39.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in nursing science*, 8(1), 45-60.
- Padilla, G. V., Presant, C., Grant, M. M., M., G., , Lipsett, J., & Heide, F. (1983). Quality of life index for patients with cancer. , *Research in Nursing & Health*, 6(3), 117-126.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2 ed.). California: Appleton & Lange.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Social support and health promotion. In N. J. Pender, C. L. Murdaugh & M. A. Parsons (Eds.), *Health promotion in nursing practice* (5 ed., pp. 223-242). New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Social support and health promotion. In N. J. Pender, C. L. Murdaugh & M. A. Parsons (Eds.), *Health promotion in nursing practice* (5 ed., pp. 223-242). New Jersey: Pearson Education.
- Petchrung, T. (2004). *Experience, Management strategies and outcome of fatigue in hemodialysis patientst*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok Thailand.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V. C. Kohlman, A. M. lindsay & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: W.B.Suanders.
- Piper, B. F., Dibbles, S. L., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 17-23.
- Polit, F. D., & Hungler, B.P. (1987). *Nursing research: Principles and methods* (3 ed.). Philadelphia: Lippincott Wiliams.
- Quinn, C., Uzbeck, M., Saleem, I., Cotter, P., Ali, J., O'Malley, G., et al. (2011). Iron status and chronic kidney disease predict restless legs syndrome in an older hospital population. *Sleep Medicine* 12, 295-301.
- Rashid, F. F., Pourdowlat, G., Nikoonia, M. R., Behzadnia, N., Kahkouee, S., Nassiri, A. A., et al. (2013). Uremic pleuritis in chronic hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 17(1), 94-100.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schulz, R., & Rau, M. T. (1985). Social support through the life course. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 129-149). San Diego: CA: Academic Press.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). Diagnosis and management of chronic kidney disease: A national clinical guideline. from from www.sign.ac.uk
- Sherry, F. (2004). Preliminary psychometric testing of the Fox simple quality of life scale. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 157-166.

- Shoaib, M., Khan, S., & Khan, M. H. (2011). Family Support and Health Status of Elderly People: A Case Study of District Gujrat, Pakistan. *Middle-East Journal of Scientific Research* 10(4), 519-525.
- Stompor, T., Olszewski, A., & Kierzkowska, I. (2011). Can we prolong life of patients with advanced chronic kidney disease: What is the clinical evidence? . *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121, 88-92.
- Thomas, R., Kanso, A., & Sedor, J. R. (2008). Chronic Kidney Disease and Its Complications. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(2), 329-344.
- Tomson, C., & Bailey, P. (2011). Management of chronic kidney disease. *Medicine*, 39, 407-413.
- Vestergaard, S., Nayfield, S., Patel, K., Eldadah, B., Cesari, M., & Ferrucci, L., et al. (2009). Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64, 76-82.
- Weiss, J. W., Petrik, A. F., & Thorp, M. L. (2011). Identification and management of chronic kidney disease in older adults. *Clinical Geriatrics*, 19(2), 33-37.
- World Health Organization Quality Of Life Group. (1996). People and health: What quality of life?. *World Health Forum* 17, 354-356.
- Wright, M., & Jone, C. (2010). Clinical Practice Guidelines Nutrition in CKD: UK Renal Association 5th Edition, 2009-2010 Final Draft Version (17.03.10). from www.renal.org/guidelines
- Yong, D., Kwok, A., & Wong, D. (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine*, 23(2), 111-119.
- Yu, H. D., & Petrini, M. A. (2010). The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5), 658-665.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *Bio Med Central Public Health* 8, 117.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินคุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงษ์ถาวรกมล

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

() 5. อนุปริญญา/เทียบเท่า

() 6. ปริญญาตรี/เทียบเท่า

() 7. สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ).....

5. ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอเหลือเก็บ

() 2. เพียงพอไม่เหลือเก็บ

() 3. ไม่เพียงพอ

6. สิทธิในการรักษาพยาบาล

() 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)

() 2. สังกัดสงเคราะห์

() 3. ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() 4. ประกันชีวิต

() 5. จ่ายค่ารักษาเอง

() 6. ประกันสังคม

7. สมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน มีจำนวน.....คน

มีความสัมพันธ์กับท่านเป็น

() 1. สามี หรือ ภรรยา

() 2. ลูก หรือ หลาน

() 3.ญาติ

() 4. อื่นๆ (ระบุ).....

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

2. ระยะของโรค (Stage).....

3. โรคประจำตัวอื่นๆ

() ไม่มี

() มี

() เบาหวาน

() ความดันโลหิตสูง

() หัวใจ

() ระบบทางเดินหายใจ

() อื่นๆ.....

4. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

() ไม่มี

() มี

.....
.....
.....

5. ประวัติการใช้สารเสพติด

○ บุหรี่

() 1. ไม่สูบ

() 2. นานๆ ครั้ง

() 3. เป็นประจำ

○ สุรา

() 1. ไม่ดื่ม

() 2. นานๆ ครั้ง

() 3. เป็นประจำ

○ ชา/กาแฟ

() 1. ไม่ดื่ม

() 2. นานๆ ครั้ง

() 3. เป็นประจำ

○ อื่นๆ (ระบุ/ความถี่ในการใช้).....

6. ระดับ BUN/Cr.....

7. BP=.....mmHg

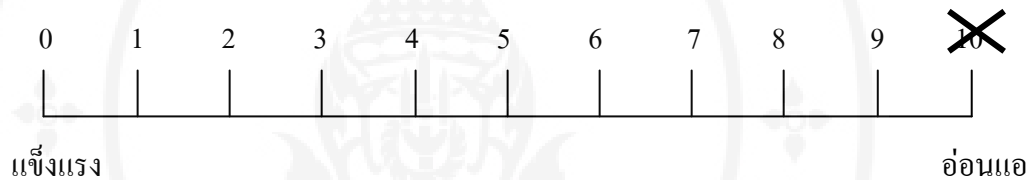
แบบสัมภาษณ์การประเมินอาการอ่อนล้า

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนน บนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุด

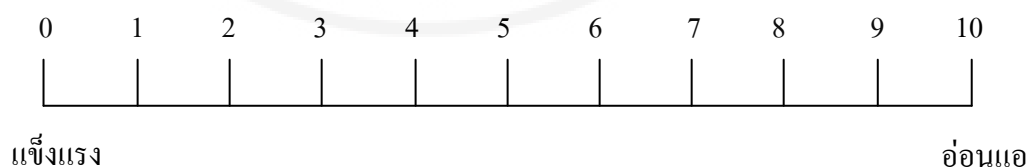
- ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นอย่างไร



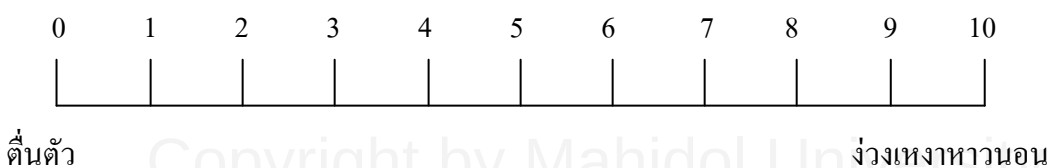
จากข้อความตัวอย่าง แสดงว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกว่าคุณเองอ่อนแอมากที่สุด

ข้อ 1 – 11 จากการได้รับการรักษาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นอย่างไร

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่า

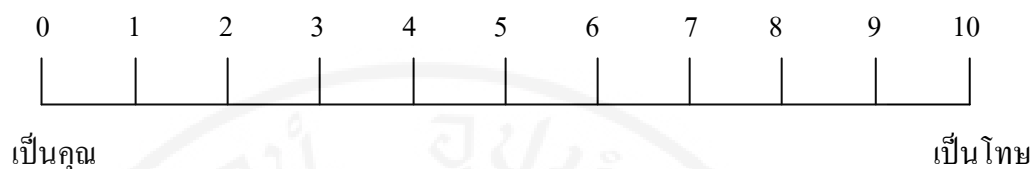


2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่า

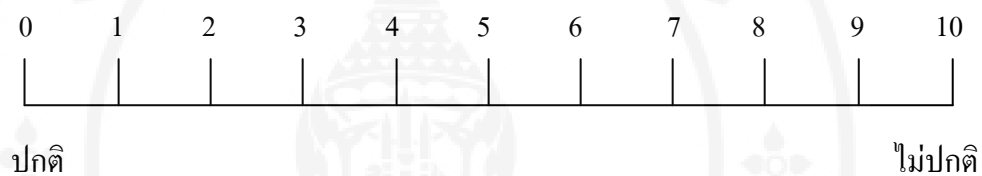


โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการอ่อนล้าตามหัวข้อต่อไปนี้

21. ความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการอ่อนล้าของท่านในเวลานี้



22. ความรู้สึกของท่านที่มีต่ออาการอ่อนล้าของท่านในเวลานี้



แบบประเมินวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องกิจกรรมการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ท่านได้ปฏิบัติจริง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง ท่านกระทำวิธีการนั้นๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำวิธีการนั้นๆ เมื่อมีอาการอ่อนล้า

ในช่องที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าโปรดระบุว่า เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นแล้ว สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ไม่ได้ผลเลย (0%) หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้
ได้ผลเล็กน้อย (10%-30%) หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้เล็กน้อย
ได้ผลปานกลาง (40%-70%) หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ปานกลาง
ได้ผลมาก (80%-100%) หมายถึง กิจกรรมนั้นช่วยลดอาการอ่อนล้าได้มาก

ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องกิจกรรมการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ท่านได้ปฏิบัติจริงมากที่สุด ระบุลงในช่องผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า

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

หมายถึง ท่านปฏิบัติวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยการนอนเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้า และการนอนสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้า ได้ผลมากที่สุด (80-100%)

วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า			
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ได้ผลเลย 0%	ได้ผลเล็กน้อย 10-30%	ได้ผลปานกลาง 40-70%	ได้ผลมาก 80-100%
1. นอนหลับ						
2. จิบหลับหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
19. ปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน						
20. วิธีอื่นๆ ระบุ.....						

**แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว
ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต**

คำชี้แจง: แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวชุดนี้ ต้องการทราบถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัวในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- | | |
|-------------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดหรือทั้งหมด |
| ค่อนข้างมาก | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นส่วนมาก |
| ปานกลาง | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยปานกลางหรือครึ่งหนึ่ง |
| เล็กน้อย | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย |
| ไม่เคยเลย | หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเลย |

ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	✓				

หมายถึง ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทานอาหารที่มีประโยชน์มากที่สุด

การสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
<u>ด้านอารมณ์</u> 1. ท่านได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว					
.					
.					
<u>ด้านข้อมูลข่าวสาร</u> 11. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว					
.					
.					
<u>ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล</u> . . 20. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ท่านเจ็บป่วย					

แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI)

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

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือ รู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับปานกลาง หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่ สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ตัวอย่าง

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด				✓	

หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจ หรือ รู้สึกดี

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจ กับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
.						
.						
.						
.						
.						
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพิกัดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์

สถานที่วิจัย คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลศรีสงคราม

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 089-623-1228 หรือ

หมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาลศรีสงคราม 042-599-230

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อต้องศึกษา ประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยท่านเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้ ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์โดยรวม ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลความรู้พื้นฐาน สำหรับพยาบาลเกี่ยวกับประสพการณ์การมีอาการ

อ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อเป็นข้อมูล และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตสำหรับครอบครัว พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไตต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย เพราะท่านมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยนี้ทั้งสิ้นจำนวน 126 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการอ่อนล้า แบบประเมินกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า และผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต รวม ทั้งหมด 82 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากไม่เข้าใจ สามารถสอบถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายรายละเอียดให้ทราบเพิ่มเติม

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงอาจจะไม่มี อาจทำให้ท่านเสียเวลาส่วนตัว ท่านอาจรู้สึกอึดอัด เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรืออาจทำให้ท่านอ่อนล้าหรือไม่สบายกายและจิตใจ ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการสอบถาม และ หากพบว่ามีผลผิดปกติใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างตอบแบบสอบถาม โดยเบื้องต้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำช่วยเหลือพยาบาล และรายงานความผิดปกติดังกล่าวกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ได้มีการติดตามประเมินอาการจนกระทั่งอาการดังกล่าวทุเลา

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจในการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านจะไม่เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ อันควรได้รับ และจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นปกติตามสิทธิที่ควรได้รับ

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัยคือนางสาวพรพิมล วลีศิริศักดิ์ โทรศัพท์ 089-623-1228 ตลอด 24 ชั่วโมง

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน และท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ใดๆ อันพึงจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 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.....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการมีอาการอ่อนล้า
กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง
ก่อนการบำบัดทดแทนไต

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ
วิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก
เกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด
 อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์
เบอร์โทรศัพท์ 089-623-1228 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลศรีสงคราม
042-599-230

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาล
ศาสตร์ 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

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ
จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบ
ต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะ
นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

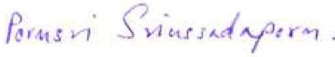
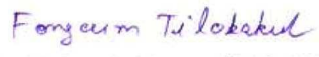
ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วม
การวิจัยคือพยาน

ลงชื่อ.....พยาน วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ง

การรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

	
COA No. IRB-NS2013/171.1503	
Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University	
Title of Project:	FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PREDIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE
Project Number:	IRB-NS2013/03.0801
Principle Investigator:	Miss Pornpimol Wadeesirisak
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 15 March 2013 2) Participant Information sheet version date 15 March 2013 3) Consent form version date 13 March 2013 4) Questionnaire version received date 3 January 2013
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University 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:	15 March 2013
Date of Expiration:	14 March 2014
Signature of Chair:	 (Associate Professor Pornsri Sriussadaporn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai) Dean, Faculty of Nursing
Copyright by Mahidol University	
Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503	



CERTIFICATE OF APPROVAL

From

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No. IRB-NS2013/171.1503 (Renewal)

Title of Project: **FATIGUE EXPERIENCE, MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH PREDIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE**

Project Number: **IRB-NS2013/03.0801**

Principle Investigator: **Miss Pornpimol Wadeesirisak**

Name of Institution: **Faculty of Nursing Mahidol University**

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 15 March 2013
- 2) Participant Information sheet version date 15 March 2013
- 3) Consent form version date 13 March 2013
- 4) Questionnaire version received date 3 January 2013

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University 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)

Renewal date(1st): **17 April 2014**

Expired date: **16 April 2015**

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokakul

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

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

ภาคผนวก จ
เอกสารตอบรับการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ศร 0512.11/ 00๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มกราคม 2556



เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศร 0517.05/04227 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2555
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อ
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การมีอากรอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุน
จากครอบครัวและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต” มีความประสงค์จะขอใช้
เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (Revised Piper Fatigue Scale) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด”
ของ นางสาวเพ็ญใจ คาโลปการ นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาต
ให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและการปรับเครื่องมือ (ถ้ามี) ให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ สำหรับแจ้งเวียน

☒ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1129

(นางสาว อรุณรัตน์ รัตนกุล)

เลขาธิการคณะฯ

ขอแสดงความนับถือ

ดร. อรุณรัตน์ รัตนกุล

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. อรุณรัตน์ รัตนกุล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ทราบและดำเนินการได้

ดร. อรุณรัตน์ รัตนกุล

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์คำ สิลลกุลชัย)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

26 มี.ค. 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

สำหรับ ภาคพยาบาลศาสตร์

ดร. อรุณรัตน์ รัตนกุล

วันที่ ๒๖ มี.ค. ๕๖

ที่ สธ ๐๘๑๐.๑๐๑/ **พิชิต**

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๑ ถนนช้างหล่อ ตำบลห้วยยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

5 มีนาคม ๒๕๕๖

เรื่อง การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างอิง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ สธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๑๑๘
ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตให้ นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือวิจัยคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อแปลเป็นภาษาไทย โดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล และคณะ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต” (Fatigue ExPerience, Management Strategies, Family Support and Quality of Life in Elderly Patients with Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease) นั้น

โรงพยาบาลสวนปรุงพิจารณา แล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ นางสาวพรพิมล วดีศิริศักดิ์ ใช้เครื่องมือวิจัยแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อแปลเป็นภาษาไทย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๙๕

E-mail suanprung@suanprung.go.th

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

พรพิมล วดีศิริศักดิ์

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม, 2538-2540

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง, 2543-2545

ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง)

ที่อยู่ปัจจุบัน

โรงพยาบาลศรีสงคราม

ตำบล ศรีสงคราม อำเภอ ศรีสงคราม

จังหวัด นครพนม 48150

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ)

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม

อำเภอ ศรีสงคราม จังหวัด นครพนม

Email: amwadee_mun@hotmail.com