



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง

Factors Predicting Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

อุทุมพร ขำคม, พย.ม. (Utumporn Khamkhom, M.N.S.)*

นันทยา วัฒนาย, Ph.D. (Nantiya Watthayu, Ph.D.)**

ดวงใจ รัตนธัญญา, ปร.ด. (Duangjai Rattanathanya, Ph.D.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง จากปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องที่มารับบริการคลินิกโรคไต จำนวน 78 ราย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 8 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย: 1) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.461, p < .01$) อาชีพ ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต และค่าอัลบูมินในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .379$, $r = .732$, $r = .601$, และ $r = .662$, ตามลำดับ $p < .01$) 3) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง พบว่า มีตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ อายุ ($\beta = -.420$) ค่าอัตราการกรองของไต ($\beta = .387$) และค่าฮีมาโตคริต ($\beta = .225$) ที่ร่วมกันทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ร้อยละ 70.2 ($R^2 = .702$)

สรุป: บุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการส่งเสริมล้วงหน้าและสนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย / คุณภาพชีวิต / ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

Abstract

Purpose: To examine quality of life (QOL) relationship and its predictors from personal factors, biological function factors, and general health perceptions factors among chronic kidney disease (CKD) patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

Design: A descriptive predictive study.

Methods: The study sample were 78 CKD patients with CAPD at the renal clinic, outpatient department of eight community hospitals in Ubonratchathani Province. The personal factors, biological function factors, general health perceptions factors, and QOL were collected using the questionnaires. Cronbach's alpha coefficient of the QOL was .96. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Multiple Regression analysis.

Findings: 1) The QOL of CAPD was at a moderate level. 2) Age was negatively related to QOL of CAPD ($r = -.461$, $p < .01$). Having a good job, Glomerular filtration rate, Hematocrit level, and albumin level were positively related to QOL of CAPD ($r = .379$, $r = .732$, $r = .601$, and $r = .662$, respectively, $p < .01$). 3) The factors that could significantly predict QOL ($p < .001$) were age ($\beta = -0.420$), Glomerular filtration rate ($\beta = 0.387$), and Hematocrit level ($\beta = 0.225$). Altogether, they could explain 70.2% of QOL variance.

Conclusion: The study findings could be used as guideline for healthcare personnel including nurse practitioners to develop advance care plan to promote quality of life of CAPD patients.

Keywords: Factors Predicting / quality of life / chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์และความชุกของโรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก และยังคงพบว่า กลุ่มโรคไตเป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 6 จากจำนวนและอัตราการตายต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) อัตราป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในทุกจังหวัดของประเทศไทย โดยข้อมูลจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยไตวายทั้งหมดในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยังคงมีชีวิตและรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอยู่ทั้งสิ้น 19,808 ราย ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ 100 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากข้อจำกัดในการดูแลรักษา โดยเฉพาะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายสูง 2,000 บาท ต่อครั้ง โดย 1 รายต้องล้างไตอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 2 แสนบาทต่อราย และต้องดูแลตลอดชีวิต ส่วนการล้างไตทางช่องท้องต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 1,500-2,000 บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 1.5 แสนบาทต่อราย รวมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องปีละประมาณ 6,000 ล้านบาท (สปสช., 2555) กระทรวงสาธารณสุข ให้สิทธิการบำบัดทดแทนไตครอบคลุมตามนโยบาย Peritoneal Dialysis first policy (PD first policy) ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2551 ที่กำหนดให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกรายสามารถเลือกรับการบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง เป็นอันดับแรก และเบิกค่ารักษาได้เต็มจำนวน การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง (CAPD) จึงเป็นทางเลือกสำคัญที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาหากไม่มีข้อห้าม เนื่องจากสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มมากขึ้น

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากวงการสาธารณสุข ได้มีการศึกษาเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง และมีการให้คำจำกัดความที่หลากหลาย องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ มโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ภายใต้อิทธิพลของ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (WHOQOL Group, 1994) คุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ศรีรัตน์ อินธา วิฑูริยาภรณ์ ตั้งคำวานิช และธีระยุทธ หยกอุบล, 2556) และการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลในการให้พยาบาลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบองค์รวมจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาแนวคิดที่อธิบายภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดย Wilson and Cleary (1995) ได้นำเสนอ Wilson and Cleary Model of Health-related Quality of Life และต่อมา Ferrans และคณะ (2005) ได้นำ Wilson and Cleary Model of Health-related Quality of Life มาปรับปรุงและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Conceptual Model of Health-related Quality of Life) โดยกล่าวถึงแนวคิดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ 2) ลักษณะด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) 3) ด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะ



ทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพมีผลทั้งทางตรง และทางอ้อม 4) ด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล 5) ด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ ความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้านของแต่ละบุคคล และ 6) ด้านภาวะสุขภาพ (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด (Ferrans, et al., 2005)

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตที่กล่าวข้างต้นนั้น จะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่างซึ่งทุกปัจจัยนั้นล้วนมีความสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งนี้ ปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ เชื้อชาติ พันธุกรรม สถานภาพสมรส และประวัติครอบครัวตลอดจนปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ เช่น ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต และค่าอัลบูมินในเลือด รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่บ่งชี้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพ เช่น ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โรคร่วมต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยตรง

โรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องว่ามีคุณภาพชีวิตอย่างไร และได้นำปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ เช่น ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต ค่าอัลบูมินในเลือด และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เช่น โรคร่วม และระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง นำมาทำการศึกษาดูแปรเหล่านี้

ว่าจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติที่จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง จากปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 22 แห่ง แบ่งเป็น



4 โชน ในแต่ละโชนประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 เตียง) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (60 เตียง) ทำการสุ่มโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่งตามขนาดโรงพยาบาลในแต่ละโชน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 8 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลเขื่องใน โรงพยาบาลตระการพิชผล โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลน้ำยืน และโรงพยาบาลนุชทริก

เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาลโดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง นานกว่า 6 เดือน

2) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 100-130 mmHg ค่าไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 70-90 mmHg

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างและเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าแอลฟา (alpha) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล และ $R^2 = .28$ จากการทบทวนวรรณกรรมของ คัทลียา อุกติ (2550) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเฉพาะบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การมีผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลปัจจัยการทำหน้าที่ทางชีวภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สาเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง การรักษาก่อนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต ค่ายูเรียไนโตรเจน ค่าครีเอตินิน ค่าอัลบูมินในเลือด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ใช้แบบสอบถาม Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF version 1.3) (Hey, et al. 1997) ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับ โดยมีการแปลมาแล้ว มากกว่า 10 ภาษา ฉบับแปลภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 ซึ่งเป็นเวอร์ชันที่ปรับปรุงและพัฒนาล่าสุด แปลโดย ชนิษฐา หอมจีน (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อใหญ่ 80 ข้อย่อย ลักษณะตัวเลือกมีความหลากหลาย คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป SF-36 มี 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ คำถามเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง 11 มิติ จำนวน 44 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 และจากการศึกษาครั้งนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no.IRB-NS2014/233.2504)



การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกผู้ป่วยโรคไต ในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมารับการตรวจจากแพทย์หรือหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยขอความร่วมมือพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและเก็บข้อมูลจากสมุดประจำตัวและข้อมูลเวชระเบียน ในห้องคัดกรองก่อนที่จะเข้าไปพบแพทย์ในห้องตรวจ ซึ่งในห้องคัดกรองมีความเป็นส่วนตัวและผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความเป็นส่วนตัวในระหว่างการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย

ข้อมูลเฉพาะบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องจำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.80%) มีอายุเฉลี่ย 58.67 ปี ข้อมูลปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีวภาพและภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.86 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ท้วมหรืออ้วนระดับ 1 (56.40%) มีโรคร่วม คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 2.6 ปี ส่วนใหญ่ (88.50%) ไม่เคยฟอกไตทางเส้นเลือดมาก่อน ค่าอัตราการกรองของไตโดยเฉลี่ย $7.72 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ค่าฮีมาโตคริตโดยเฉลี่ย 27.74% และค่าอัลบูมินในเลือดโดยเฉลี่ย 2.97 g/dl

สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง ทั้ง 19 มิติ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตทั่วไป 8 มิติ และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต 11 มิติ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 61.71, SD = 15.52) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 52.89, SD = 19.54) และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 68.13, SD = 13.77) เช่นกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทาง



ช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.461, p < .01$) อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .379, p < .01$) ค่าอัตราการกรองของไต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .732, p < .01$) ค่าฮีมาโตคริต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .601, p < .01$) ค่าอัลบูมินในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .662, p < .01$) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง พบว่า มีตัวแปร 3 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ร้อยละ 70.2 ($R^2 = .702$) คือ อายุ ค่าอัตราการกรองของไต และค่าฮีมาโตคริต โดยที่อายุทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ($R^2 = 21.3$) มีผลในทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง ($\beta = -.420, t = 4.368, p = .000$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก และปัจจัยที่มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 40 ($R^2 = 40.6$) ($\beta = .387,$

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง ($n = 78$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. เพศ	-								
2. อายุ	.005	-							
3. อาชีพ	.072	-.670**	-						
4. โรคร่วม	.198	.322**	-.178	-					
5. ระยะเวลาเริ่มทำ CAPD	.005	.313**	-.203	.076	-				
6. GFR	.054	-.250*	.300**	.003	-.055	-			
7. Hct	.322**	-.112	.252*	-.244*	.028	.546**	-		
8. Serum albumin	.180	-.062	.193	.130	.117	.761**	.701**	-	
9. คุณภาพชีวิต	.096	-.461**	.379**	.019	-.065	.732**	.601**	.662**	-

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



$t = 3.553, p = .001$) ค่าฮีมาโตคริต ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 6 ($R^2 = .062$) ($\beta = .225, t = 2.247, p < .05$) หมายความว่า หากผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตและค่าฮีมาโตคริตในระดับสูงผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นด้วย ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องทั้ง 19 มิติ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตทั่วไป 8 มิติ และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต 11 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 61.71, SD = 15.52$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ดีปัญญา (2556) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 52.89, SD = 19.54$) ยกเว้น

บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย และบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ ที่อยู่ในระดับต่ำ นั่นคือ อาจเนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและความยุ่งยากในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างช่องท้องเป็นประจำทุกวัน วันละ 4-5 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 1 ชั่วโมง (พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, 2553) ต้องจัดเตรียมสถานที่สำหรับเปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่สะอาดและเป็นสัดส่วน ดูแลแผลช่องทางออกของสาย (Exit site) ควบคุมอาหาร จำกัดปริมาณน้ำดื่มรับประทานยา ดูแลการพักผ่อนและการออกกำลังกาย และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคย (79.50%) มากกว่า 1 ใน 3 (66.70%) ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความยากลำบากและต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ส่งผลเกี่ยวกับบทบาทด้านอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (61.50%) ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ โดยขาดความระมัดระวังอย่างที่เคยทำ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียด ความหดหู่ หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SEb	β	t	p-value
เพศ	- 1.100	2.191	- .036	- .502	.617
อายุ	- .663	.152	- .420	- 4.368	.000
อาชีพ	- .649	.634	- .094	- 1.023	.310
โรคร่วม	1.607	1.958	.060	.821	.415
ระยะเวลาเริ่มทำ CAPD	.510	1.035	.035	.492	.624
GFR	1.775	.500	.387	3.553	.001
Hct	1.063	.473	.225	2.247	.028
Serum albumin	5.873	3.714	.197	1.581	.118

Constant = 39.768, R = .838, $R^2 = .702, adj R^2 = .663, df = 8, 69, F = 20.345$



ส่วนคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 68.13, SD = 13.77) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา อัยยสานนท์ (2552) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า มีคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตรายด้านเหล่านี้อยู่ในระดับดี ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจต่อการรักษา อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีมีความช่วยเหลือกันระหว่างคนในชุมชน ทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมตลอดจนความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่ (60.30%) และถึงแม้จากการศึกษาจะมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (60.30%) ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ภายในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา แต่เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ตามปกติในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจำนวน 31 ราย เกินครึ่งหนึ่ง คือจำนวน 16 รายที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และมีความสุขทางเพศดี นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความเคารพและให้เกียรติเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในทุกระดับ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเชื่อมั่นและศรัทธา และมีความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ตลอดจนพึงพอใจต่อการรักษาของเจ้าหน้าที่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ อาชีพ ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต ค่าอัลบูมินในเลือด สำหรับปัจจัยด้าน เพศ โรคร่วม และระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ไม่มีความ

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.461, p < .01$) หมายความว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Abdel-Kader และคณะ (2009) ที่ศึกษาปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 267 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยอายุที่มากขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .379, p < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพและรายได้ที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าอัตราการกรองของไตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .732, p < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากค่าอัตราการกรองของไตเป็นเครื่องบ่งชี้การทำงานของไตเกี่ยวกับความสามารถในการขับของเสียออกจากไต ซึ่งหากค่าอัตราการกรองของไตยังสูง จะส่งผลให้ไตยังมีประสิทธิภาพในการขับของเสียได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .601, p < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีค่าฮีมาโตคริตสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเนื่องจากฮีมาโตคริตเป็นตัวที่พาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย หากผู้ป่วยมีค่าฮีมาโตคริตที่สูงในเกณฑ์ปกติ (ชาย 42-52%, หญิง 37-47%) ย่อมแสดงถึงการแลกเปลี่ยน



เปลี่ยนออกซิเจนและการไหลเวียนเลือดในร่างกายของผู้ป่วยที่ยังมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะโลหิตจางส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีหากมีค่าฮีมาโตคริตสูง (Pagels, et al., 2012) ค่าอัลบูมินในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .662, p < .01$) ผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมินในเลือดสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kring และคณะ (2009) พบว่า หากค่าอัลบูมินในเลือดต่ำจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายคือ ทำให้เกิดภาวะบวม เนื่องจากการเพิ่มของของเหลวในหลอดเลือด ทำให้ค่าอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงจนเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมินในเลือดต่ำ มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต

พบว่า มีตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ อายุ ค่าอัตราการกรองของไต และค่าฮีมาโตคริต ที่ร่วมกันทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ร้อยละ 70.2 ($R^2 = .702$) โดยอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด โดยมีผลในทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง ($\beta = -.420, t = -4.368, p = .000$) หมายความว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น รองลงมา คือ ค่าอัตราการกรองของไต ($\beta = .387, t = 3.553, p = .001$) และค่าฮีมาโตคริต ($\beta = .225, t = 2.247, p < .05$) ที่มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิต หมายความว่า หากผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตและค่าฮีมาโตคริตในระดับสูงผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นด้วย ซึ่งตรงกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกไตทางเส้นเลือด ของนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2554) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกไตทางเส้นเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในแต่ละระยะที่แตกต่างกันจนถึงระยะการบำบัดทดแทนไตในประเทศสวีเดนจำนวน 535 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 61 ปี ที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง $< 15 \text{ ml/min } 1.73 \text{ m}^2$ ค่าฮีมาโตคริต $< 33\%$ หรือค่าฮีโมโกลบิน $< 11\%$ จะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Pagels, et al., 2012)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การใช้ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ซึ่งสามารถบอกถึงประสิทธิภาพในการทำงานของไตในผู้ป่วยอาจจะมีความเหมาะสมสำหรับการตรวจหาค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตวายที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแล้ว การใช้ค่า Kt/V ซึ่งเป็นตัววัดปริมาณความเพียงพอในการล้างไตของผู้ป่วยได้ อาจจะสามารถใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางชีวภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้เหมาะสมมากกว่า แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงไม่สามารถตรวจค่า Kt/V ในกลุ่มตัวอย่างได้

2. การศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่มีระดับความดันโลหิตค่าซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 100-130 mmHg ค่าไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 70-90 mmHg ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทุกคนที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเพียงพอของการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง (Adequacy of dialysis) โดยอาจศึกษา ค่า Kt/V หรือค่า residual GFR ว่ามีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่

2. จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย และบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยใช้วิจัยแบบผสม (Mixed method) ระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของบทบาททางด้านร่างกายและทางด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างมาอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรวรรณ ปานแพ. (2554). *ประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา หอมเงิน. (2552). *ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อภาษาไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศัทธิตยา อุกติ. (2550). *ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนะชัย จันทรรคิด. (2556). ผลการดำเนินงานคลินิกล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลวิเชียรบุรี. *วารสารสุขภาพ*, 22, 6-14.
- นิภา อัยยสานนท์. (2552). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทดแทน*

ไต โดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- นัยนา พิพัฒน์วิเศษชา. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2553). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อมองเยื่อบุช่องท้องจากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรียรัตน์ อินถา วิฑิตาภา ตั้งคำวานิช และธีระยุทธ หยกอุบล. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และเป้าหมายทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(2), 95-107.



- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย).
- สมพร ชินโนรส และชุตติมา ตีปัญญา. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 5-14.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *ข้อมูลสุขภาพ (ป่วย)*, สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2556 จาก <http://bps.pos.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2555). นโยบาย PD first policy. *วารสารวงการแพทย์*, 32, 56-60.
- ภาษาอังกฤษ**
- Abdel-Kader, K., Unruh, M.L., & Weisbord, S.D. (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*, 4, 1057-1064.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd). Lawrence Erlbaum Associates, publishers Hillsdale: New Jersey.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E., & Larson, J.L. (2005). Conceptual model of health related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342.
- Hays, R.D., Kallich, J.D., Mapes, D.C. et al. (2007). Kidney disease quality of life short form version 1.3: A manual for use and scoring. *Kidney International*, 2, 1-43.
- Kring, D.L., & Crane, P.B. (2009). Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36, 15-24.
- Ong-ajtyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsa, P., & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *Biomedcentral Nephrology*, 10 (35).
- Page, A.A., Soderkvist, B.K., Medin, C., Hylander, B., & Heiwe, S. (2012). Health related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health and Quality of Life Outcome*, 71, 1-11.
- Ivey, T., & Lane, B. (2010). Quality of life in patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *American Society of Nephrology*, 78, 17-25.
- WHO. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In O. J & Knyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*, 41-60.
- Willson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: Conceptual model of patient outcome. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.