



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ* นันทิยา วัฒมาญ** และนันทวรรณ สุวรรณรูป***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาคารมหิตลodayเดช-พระศรีนครินทร์ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว 2) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้ดูแลในครอบครัว ภาวะผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว 3) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

แบบแผนการวิจัย: การศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มารับบริการที่แผนกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า และโรงพยาบาลหัวหิน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 98 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามลักษณะผู้ดูแลในครอบครัว ภาวะผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91, .96 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 90.11$, $SD = 13.77$) 2) อายุผู้ดูแลในครอบครัวและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(1): 51-66

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.294$ และ $r = -.528$, $p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .441$, $p < .01$) 3) ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ภาวะผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = -.411$, $p = .000$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .303$, $p = .001$) และอายุผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = -.168$, $p = .05$) โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41 ($R^2 = .409$, $F = 12.753$, $p < .001$)

สรุป: บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการกำหนดแนวทางในการประเมินการวางแผน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ผู้ดูแลในครอบครัว/ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



Factors Predicting Quality of Life in Family Caregivers among Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Raveewan Klinsuwan*, Nantiya Watthayu**, and Nuntawan Suwonnaroop***

Abstract

Purpose: 1) to determine quality of life (QOL) of family caregivers, 2) to examine the relationship between characteristics of caregiver, caregiver burden, social support, and QOL of family caregivers, and 3) to identify predictive factors of QOL in family caregivers of patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

Design: A descriptive predictive study.

Method: The sample included 98 family caregivers of chronic renal disease patients with CAPD, receiving healthcare services at the CAPD clinics, Prachomkiao hospital, Ratchaburi hospital and Hun-Hin hospital. A purposive sampling was used to recruit the subjects. Data were collected using questionnaires including demographic characteristics of caregiver, caregiver burden, social support, and QOL of family caregivers. Their Cronbach's alpha coefficients were .91, .96, and .95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation and Multiple Regression Analysis.

Result: 1) Quality of life of family caregivers was at a moderate level ($\bar{x} = 90.11$, SD. 13.77). 2) Age of caregiver and caregiver burden were significantly and negatively correlated with QOL ($r = -.294$, and $r = -.528$, $p < .01$). Social support of family caregiver was significantly and positively correlated with QOL ($r = .441$, $p < .01$). 3) The factors that could significantly predict QOL in family caregivers were caregiver burden ($\beta = -.411$, $p = .000$), social



support ($\beta = .303, p = .001$), and age of caregiver ($\beta = -.168, p = .05$). Altogether, they could explain 41% of variability in QOL of family caregiver ($R^2 = .409, F = 12.753, p < .001$).

Conclusion: The study findings could be used as guideline for healthcare personnel to assess QOL and formulate a plan to promote QOL in family caregivers among CKD patients receiving CAPD.

Keywords: Quality of life / Family caregivers / Patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease: NCD) ที่นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ (International Society of Nephrology: ISN, 2015) พบว่าอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยวิกฤตปัญหาโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 181.2 คนต่อล้านประชากรในปี 2553 เป็น 227.42 คนต่อล้านประชากรในปี 2554 และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นจาก 639.3 คนต่อล้านประชากรในปี 2553 เป็น 749.7 คนต่อล้านประชากรในปี 2554 (Thailand Renal Replacement, 2012) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 6 จากจำนวนและอัตราการตายต่อแสนประชากร สำหรับเขตบริการสาธารณสุขที่ 5 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไตวายทั้งจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังและการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ พบว่า มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ประมาณ 53,000 ราย และผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาทดแทนไตอีก

ประมาณ 2,777 ราย ทั้งนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่อาจรวมถึงครอบครัวที่ต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญ ในการให้การดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำเหตุการณ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในขั้นตอนต่างๆ จนกระทั่งก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง จากการที่มีเวลาส่วนตัวและการใช้ชีวิตในสังคมลดลง หากผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการให้การดูแลเป็นภาระของตนแต่เพียงผู้เดียวอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเหนื่อยล้า อีกทั้งตัวผู้ดูแลในครอบครัวเองก็อาจมีปัญหาเฉพาะตน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม หากผู้ดูแลในครอบครัวปราศจากการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ก็อาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตเนื่องจากคุณภาพชีวิตนับเป็นข้อบ่งชี้ผลลัพธ์การดูแลทางการแพทย์และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาคุณภาพประชากรเพื่อการมีสุขภาวะที่ยั่งยืน (Bakas et al., 2012)



คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจเนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะของตนเองตามบริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ยุ่งยาก ซับซ้อน อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง กังวล ท้อแท้ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการปัญหาได้ หรือไม่สามารถปรับตัวได้ จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า และรู้สึกเป็นการระงับส่งผลให้เกิดความเครียดและอาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายกลายเป็นผู้ป่วยแฝงในที่สุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว นำมาซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยจากการที่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นหรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ทำให้เกิดผลกระทบต่อประเทศจนไม่สามารถประเมินค่าได้จากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีจากการที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ภาระผู้ดูแล (Caregiver burden) (Angelica et al., 2006; Fernando et al., 2004; Angelica et al., 2006; Fernanda, 2011) แรงสนับสนุนทางสังคม (Jungwon & Brad, 2004; Fernando et al., 2004; Emily et al., 2005; Allan et al., 2010; Fernanda, 2011; Lianne et al., 2014) ลักษณะผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver characteristics) ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 46-60 ปี เนื่องจากเพศหญิงมักทำหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยมากกว่าเพศชายจากการปลูกฝังค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อทางสังคม นอกจากนี้ในช่วงอายุดังกล่าวนี้ยังแสดงถึงประสบการณ์ในการดูแลและความรับผิดชอบที่มีมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มวัยอื่นๆ (Fernando et al., 2004) ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้านนั้นเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในขั้นตอนของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ซึ่งต้องทำทุกวันวันละ 4-5 ครั้ง การเคลื่อนย้ายถุงน้ำยาที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายในการล้างไตเป็นจำนวนมาก และมีน้ำหนักหลายกิโลกรัม (Stanley et al., 2008) รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นสถานที่ล้างไตและเก็บเวชภัณฑ์จำนวนมากอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียดจากการดูแล อีกทั้งตัวผู้ดูแลในครอบครัวเองก็อาจมีปัญหาเฉพาะของตน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายตลอดระยะเวลาที่ทำการบำบัดทดแทนไต จนกระทั่งก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และฐานะทางด้านการเงินของผู้ดูแลในครอบครัว แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคม



(social support) ด้วยการช่วยเหลือจากครอบครัว ในการแบ่งเบาภาระ หรือผลัดเปลี่ยนการดูแล รวมทั้ง การช่วยเหลือในเรื่องของวัตถุ สิ่งของ หรือการรับฟัง ปัญหาต่างๆ การแสดงความเห็นอกเห็นใจก็จะส่งผล ให้ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถผ่านพ้น ปัญหาอุปสรรคในภาวะวิกฤตนี้ไปได้ อีกทั้งดำเนินชีวิต ต่อไปได้อย่างมีความสุข

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผ่านมา คุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและมีการศึกษาระยะ หนึ่ง (Khamkhom, Watthayu, Rattanathanya, 2015) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษามุ่งเน้นคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ดูแลในครอบครัว สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า มีการศึกษาจำนวนน้อยมากทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ มีความแตกต่างกับบริบทในประเทศไทยทั้งเรื่อง นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตวาย-เรื้อรัง วัฒนธรรมประเพณีในการดูแล รวมทั้งบทบาท ของบุตรหรือสามีภรรยา ในฐานะผู้ให้การดูแลบิดา มารดาหรือคู่สมรส นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังมีประเด็นบางประเด็นที่ไม่ชัดเจนว่าปัจจัยใดบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบ ต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการกำหนด แนวทางในการวางแผนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบ ต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะ ผู้ดูแลในครอบครัว ภาวะผู้ดูแล และแรงสนับสนุน

ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบ ต่อเนื่อง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จากปัจจัยด้าน ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว ภาวะผู้ดูแล และ แรงสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่บ้าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่ แผนกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลในเขตบริการ-สุขภาพที่ 5 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบหลาย ขั้นตอน (Multistage random sampling) จาก โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนก ล้างไตทางช่องท้อง ในเขตบริการสุขภาพ เขต 5 (8 จังหวัด) โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง และ โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง ทำการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนกล้างไตทางช่องท้อง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก สุ่มโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี

จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามขนาดสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล โดยคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่มาพบแพทย์ตามนัด



พร้อมผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก ดังนี้

1) ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ที่ให้การดูแลอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป

2) กรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ต้องมีคะแนน 14 ขึ้นไป

3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G-power 3.1.9.2 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 5 ตัว และ $R^2 = .15$ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Fernando et al. (2004) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ของข้อมูลประมาณ 10% ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 101 ราย ทั้งนี้เมื่อนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าข้อมูล มี Outliner ที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา จำนวน 3 ราย จึงทำการตัดทิ้งทำให้การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และระยะเวลาที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานะทางการเงิน และระยะเวลาที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาเครื่องมือโดย Mahuntirunkul et al. (1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง ไม่เลย (1 คะแนน) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 61-95 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ใช้แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview) ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย แปลเป็นภาษาไทยด้วยการกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดย Toonsiri et al. (2011) ประกอบด้วย ประสพการณ์ความเครียดในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) รวมจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เกิดขึ้นเป็นประจำ (4 คะแนน) ถึง ไม่เคยเลย (0 คะแนน) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-88 คะแนน โดยคะแนน < 21 หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแล (no burden) คะแนน 21-40 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับน้อย (mild



burden) คะแนน 41-60 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ การดูแลระดับปานกลาง (moderate burden) และคะแนน 61-88 หมายถึง รู้สึกเป็นภาระการ ดูแลระดับมาก (severe burden)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทาง สังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากเพื่อน และ จากบุคคลพิเศษ จำนวน 12 ข้อ แปลเป็นภาษาไทย โดย Wongpakaran et al. (2011) โดยได้รับ อนุญาตให้พัฒนาฉบับปรับปรุงและได้รับการรับรอง คุณสมบัติทางจิตวิทยาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ Zimet (1988) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมาก (7 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 12-84 คะแนน โดยคะแนน 12-36 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 37-61 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง และคะแนน 62-84 หมายถึง แรงสนับสนุน ทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มารับบริการ ที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนครปฐม ที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหา ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามภาระผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ในครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .91, .96 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหิดล (COA no.IRB-NS2016/327.1103) ผู้วิจัย ทำการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ในการวิจัย การดำเนินการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการ ให้ลงนามใน หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับ การบอกกล่าว และเต็มใจ ทั้งนี้ระหว่างการวิจัย สามารถหยุดหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ ตลอดเวลา โดยไม่มีความผิดหรือผลกระทบต่อการ ดูแลรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับคำรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย มหิดล และจากทั้ง 4 โรงพยาบาล (3 โรงพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย และ 1 โรงพยาบาล สำหรับการทดสอบเครื่องมือ)

2. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตทำ การเก็บข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือหลังจาก ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิก หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขอความ ร่วมมือในการเก็บข้อมูลสำหรับการทดสอบเครื่องมือ วิจัย จำนวน 30 ราย

3. หลังจากได้นำเครื่องมือไปทดสอบและ ปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือแล้วผู้วิจัยทำหนังสือ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาล หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดต่างๆ ใน



การขอเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวมาพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อรอรับการตรวจจากแพทย์ที่แผนกล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการส่วนตัว โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบ enter (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 98 คน พบว่า เป็นชาย จำนวน 49 คน และเป็นหญิง จำนวน 49 คน ประมาณครึ่งหนึ่ง (55.1%) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ($\bar{x} = 42.52$ ปี, $SD = 12.28$ ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (63.3%) เกือบ 2 ใน 3 (63.2%) มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเฉลี่ย 3.2 ปี ($\bar{x} = 3.02$ ปี, $SD = 2.23$ ปี) ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 1.8 ปี ($\bar{x} = 1.87$ ปี, $SD = 1.43$ ปี)

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 98 คน พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (67.3%) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 42.29 ปี ($\bar{x} = 42.29$ ปี, $SD = 12.34$ ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ (55.4%) รองลงมา มีสถานภาพเป็นโสด (39.6%) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (28.6%) ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน (35.6%) สถานะทางการเงินของครอบครัว พบว่า ครึ่งหนึ่ง (50%) มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ทางด้านสุขภาพ พบว่า เกือบครึ่ง (43.8%) มี

โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย พบว่า เกือบครึ่ง (45.9%) เป็นบุตร และรองลงมาคือ คู่สามี-ภรรยา (32.7%) กิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมากที่สุด คือ การพามาโรงพยาบาล (100%) รองลงมา คือ การทำความสะอาดแผลที่วางสายล้างไต (78.6%) และการเปลี่ยนถ่านน้ำยาล้างไต (64.3%)

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 90.11$, $SD = 13.77$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 22.06$, $SD = 4.19$) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 25.12$, $SD = 4.43$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 10.11$, $SD = 1.62$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 26.26$, $SD = 4.08$) อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง พบว่า อายุผู้ดูแลในครอบครัว และภาวะผู้ดูแลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.294$, $-.528$, $p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .441$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 2)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า โดยรวมตัวแปรทำนายทั้งหมดสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41 ($R^2 = .409$, $F = 12.753$, $p < .001$) โดยมี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุผู้ดูแลในครอบครัว ภาวะผู้ดูแลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาตัวแปรแต่ละตัว พบว่า ภาวะผู้ดูแลในครอบครัวสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต



ผู้ดูแลในครอบครัวได้มากที่สุด ($\beta = -.411, p = .000$) $p = .001$) และอายุผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = -.168,$
รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .303, p = .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (n=98)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านร่างกาย	25.12	4.43	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	22.06	4.19	ระดับดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.11	1.62	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.00	4.30	ระดับปานกลาง
ผลรวมคุณภาพชีวิต	90.11	13.77	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (n=98)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. เพศผู้ดูแลในครอบครัว	1					
2. อายุผู้ดูแลในครอบครัว	-.267**	1				
3. อาชีพผู้ดูแลในครอบครัว	-.047	.000	1			
4. ภาวะของผู้ดูแลในครอบครัว	-.020	.188	-.123	1		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.025	-.104	-.136	-.284**	1	
6. คุณภาพชีวิต	.127	-.294**	-.010	-.528**	.441**	1

**p < .01

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (n=98)

คุณภาพชีวิต	B	SE	β	t	p-value
constant	91.970	7.707		11.933	.000
อายุผู้ดูแลในครอบครัว	-.168	.085	-.168	-1.983	.050
อาชีพผู้ดูแลในครอบครัว	-.117	.599	-.016	-.196	.845
ภาวะผู้ดูแลในครอบครัว	-.343	.072	-.411	-4.783	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.214	.060	.303	3.567	.001

ค่าคงที่ (constant) = 91.970 $R^2 = .409$ $R^2_{adj} = .377$ df = 5.0 F = 12.753



อภิปรายผล

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมียุทธศาสตร์ประกอบด้วยกันหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลด้วยเช่นกัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 90.11$, $SD = 13.77$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 25.12$, $SD = 4.43$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 10.11$, $SD = 1.62$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 26.26$, $SD = 4.08$) อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านจิตใจเท่านั้นที่อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 22.06$, $SD = 4.19$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสุขภาพการเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลครอบครัวเองเกือบครึ่ง (42.8%) มีโรคประจำตัว และเศรษฐกิจทางการเงิน พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีเงินพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีโอกาสได้พักผ่อนหย่อนใจหรือไปท่องเที่ยว หรือมีการพลัดเปลี่ยนผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้พักผ่อนหย่อนใจบ้าง จึงอาจเป็นสาเหตุโดยรวมที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือจากหน่วยงานของรัฐ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการทดแทนพระคุณของบิดามารดาหรือการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วย ซึ่งความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าเป็นบุตร (45.9%) หรือเป็นคู่สามี-ภรรยา (32.7%) ที่ให้การดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลครอบครัวในด้านจิตใจอยู่ในระดับดี แตกต่าง

กับการศึกษาในต่างประเทศของ Barnieh et al. (2014) ที่ทำการศึกษผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวที่ล้างไตทั้งแบบล้างไตแบบฟอกเลือดในโรงพยาบาล การล้างไตแบบฟอกเลือดที่บ้าน และการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ในประเทศแคนาดา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้ การศึกษาของ Angelica et al. (2006) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 (32%) มีอาการของโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้ระยะเวลายาวนาน รวมทั้งมีปัญหาสุขภาพตามมาจากจากการเป็นผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นอาการนอนไม่หลับ อาการปวดอย่างไม่ทราบสาเหตุ ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว รวมถึงการที่ต้องตัดสินใจเฉพาะหน้าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม (Angelica et al., 2008)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง พบว่า มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ภาวะผู้ดูแลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยอายุผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.294$, $p < .01$) เช่นเดียวกับ Ajitpal et al. (2011) ที่ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคไตวายเรื้อรังในประเทศอินเดีย พบว่า อายุผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ($r = -0.382$, $p < .01$) นั่นคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตมีอายุเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะลดลง อย่างไรก็ตาม แตกต่างจากการศึกษาของ



Emad et al. (2012) ที่ทำการศึกษาคุนภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตแบบวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้านในประเทศจอร์แดน พบว่า อายุของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ ทางด้านร่างกายและมิติทางด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ภาวะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.528, p < .01$) หมายความว่า เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีการะของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Alnazly et al. (2014) ที่ทำการศึกษาคุนภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องกับการดูแล พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีความสัมพันธ์กับการะของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ไม่ว่าจะเป็นการไม่มีเวลาส่วนตัว ขาดการเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง หรือการเจ็บป่วยอย่างไม่ทราบสาเหตุ มีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล หรืออาการปวดกล้ามเนื้อจากการเคลื่อนย้ายน้ำยาล้างไตก็อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง สำหรับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .441, p < .01$) เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวจะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernanada et al. (2011) ที่ทำการศึกษาคุนภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม

กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ($r = .30, p < .01$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Turkinaz et al. (2006) ที่ทำการศึกษาประสพการณ์ของการเจ็บป่วยเรื้อรังภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องในประเทศตุรกี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ($r = -.445, p < .01$) เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยรู้สึกไม่ไว้วางใจเพื่อนในการพูดคุยระบายความรู้สึกและคิดว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า โดยรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41 ($R^2 = .409, F = 12.753, p < .001$) โดยพบว่า ตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ อายุผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = -.168, p = .05$) ภาวะผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = -.411, p = .000$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .303, p = .001$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พึ่งพาตนเองได้น้อย ร่วมกับอายุของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประกอบกับความเครียดจากการให้การดูแลที่เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Toonsiri et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernando et al. (2004) ที่ทำการศึกษาคุนภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไต



ในประเทศสเปน พบว่า อายุของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าอายุที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลแตกต่างกัน เช่น ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวอายุน้อยก็จะสามารถปฏิบัติตนได้คล่องแคล่วว่องไว มีความคล่องตัว และไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแล ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยมาก ในทางกลับกันหากผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่หรือวัยผู้สูงอายุซึ่งอาจมีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงเท่าที่ควร ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวลดลง และอาจทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวลดลงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Fernanada (2011) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bindoo et al. (2014) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องในประเทศอินเดีย พบว่า ภาวะผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ร้อยละ 52 จากการศึกษาของ Shiouh-Chu Shieh et al. (2012) ที่ทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวในประเทศไต้หวัน พบว่า แหล่งที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว รองลงมา คือ บุคคลพิเศษและเพื่อนตามลำดับ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ ทั้งนี้ จากผลการศึกษา

ที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะผู้ดูแลในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลตลอดชีวิต หากญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบหน้าที่เพียงลำพังก็อาจทำให้รู้สึกเครียด วิตกกังวล หรืออาจเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เพิ่มขึ้น สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมก็เช่นเดียวกัน พบว่า แหล่งที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัว รองลงมา คือ คนพิเศษ และเพื่อน ตามลำดับ ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่บุคคลมีความผูกพันและมีความไว้วางใจมากที่สุด โดยผู้ดูแลในครอบครัวอาจคิดว่ารู้สึกไม่ไว้วางใจเพื่อนในการพูดคุยระบายความรู้สึก และคิดว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวเท่านั้น (Turkinaz et al., 2006) ดังนั้น บทบาทของครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านสังคม และเศรษฐกิจ

สำหรับปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ และอาชีพของผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็มีบทบาทในการให้การดูแลเช่นเดียวกัน เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการกระทำที่ทดแทนบุญคุณของบิดา-มารดา เพราะเกือบครึ่ง (45.9%) มีความสัมพันธ์เป็นลูก นอกจากนี้ การศึกษานี้ พบว่า 1 ใน 3 มีความสัมพันธ์เป็นคู่สามี-ภรรยา (32.7%) ที่ให้การดูแลซึ่งกันและกันอาจทำให้เพศไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวก็เป็นได้ สำหรับอาชีพ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีการประกอบอาชีพที่สามารถบริหารจัดการเวลาได้ด้วยตนเอง โดยสามารถแบ่งเวลามาให้การดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็ นอาชีพค้าขาย ประมง หรือทำเกษตรกรรม ทำให้ไม่มี



ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพชีวิต (Yaoraluck, 2015)

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยปัจจัยต่างๆ และสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเพื่อไม่ให้เกิดเป็นผู้ป่วยมีสองจากการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและสภาพจิตใจอันเป็นผลมาจากความรู้สึกที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลชุมชนนับเป็นบุคลากรที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนและเข้าถึงกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวในการหาแนวทางช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ รวมทั้งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัดซึ่งถือเป็นสังคมชนบท ทำให้มีความแตกต่างกับบริบททางสังคมของชุมชนเมืองทั้งในเรื่องของการดำเนินชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมหรือความรู้สึกของการเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว อาจไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงกับกลุ่มประชากรอื่นได้ (generalizability) เช่น ผู้ดูแลครอบครัวในชุมชนเขตเมือง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านร่างกายที่มีอาการเจ็บปวดอยู่ระดับมาก และด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่รู้สึกเหงา หดหู่ วิตกกังวล รวมทั้งการมีโอกาสได้ไปเที่ยวพักผ่อนน้อย ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความสำคัญในการติดตามดูแล และประเมินภาวะการเจ็บป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ บทบาทหน้าที่ผู้ดูแล รวมทั้งให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเป็นระยะๆ

2. ผลการศึกษาที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว มีผลต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากหากปล่อยให้ทำหน้าที่ของใครเพียงคนเดียวคนหนึ่งในระยะเวลาที่ยาวนานก็อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระต่อตนเอง รวมทั้งอาจเกิดปัญหาในการทอดทิ้งผู้ป่วย รวมถึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นลดลงได้



References

- Angelica, B., Dulce, B., & Ana, R.B. (2006). Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 48, 955-966.
- Alnazly, E.K., & Samara, N.A., (2014). The burden on caregivers of patient above 65 Years old Receiving Hemodialysis. *Health care Current reviews*, 2, 1-6.
- Bakas, T. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of life Outcome*. Retrieved August 19, 2015, from <http://www.hqlo.com/content/10/1/134>
- Emad, A. Shdaifat., Mohd, R., & Abdu, I.M., (2012). Quality of life of caregiver and patients undergoing haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. *International Journal of Applied Science and Technology*, 3, 75-85.
- Fernanda, A. (2011). *Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence*. Retrieved November 29, 2015, from <http://www.ee.usp.br/reeusp>
- Fernando, A-Ude., Covadonga, V., Carmen, E., & Pablo, R. (2004). Health-related quality of life of family caregiver of dialysis patients. *J Nephrol*, 17, 841-850.
- Khamkhom, U., Watthayu, N., & Rattanathanya, D. (2015). Factors predicting quality of life among chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(2), 60-71.
- Kuha, O. (2008). *The comparison of relation of Mini Mental Status Examination Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination; TMSE in dementia screening*. Bangkok: C.G. toolspress.
- Mahuntnirunkul, S., Silapakit, P., & Poompaisarnchai, W. (1998). Quality of life of Thai people in critical economy. *J Ment Health Thai*, 5(3), 4-15.
- Ministry of Public Health region 5. (2014). *Annual data report on chronic non-communicable diseases in region 5*. Retrieved July 20, 2015, from <http://www.region5.pbro.moph.go.th>.
- Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health, Thailand. (2012). *Epidemiology of kidney disease*. Retrieved August 19, 2015, from <http://bps.ops.moph.go.th>.
- Shiouh-chu, S., Hengh-sin, T., & Shu-yuan, L. (2012). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 223-231.
- Thailand Renal Replacement Report. (2009). *Incidence of reported end-stage renal disease*. Retrieved January 1, 2009, from <http://www.usrd.org>



- Toonsiri, C. et al. (2011). Development of the Burden Interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 63-75.
- Turkinaz, A., Magfired, K., Gulay, I., & Behice, E. (2006). The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory dialysis and caregiver. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 490-497.
- WHO. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In O.J. Kunyken (Ed.), *Quality of life assessment: International perspective*, 41-60.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166.
- Yaowaluck, T. (2015). Factors related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with dependency in Manorom District, Chainat province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 24(3), 104-118.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.