

กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

The Impact of Symptom Clusters on Quality of Life Among Patients with Chronic Kidney Disease

อนุชา ไทวงษ์^{1*}, และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์²

Anucha Taiwong^{1*} and Nirobol Kanogsunthornrat²

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม^{1*}, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2559 ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 150 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์หลักในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถจัดได้เป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย กลุ่มอาการอ่อนเพลีย กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการปวด และกลุ่มอาการของเสียคั่ง โดยกลุ่มอาการปวด ($Beta=-.220$; $p<.05$) และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ($Beta=-.204$; $p<.05$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 19.10% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.191$, $p<.05$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มอาการปวด และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง พยาบาลจึงควรให้ความสนใจ ประเมิน และวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ทั้งสองดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาและความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการ และเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์, ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต



Abstract

This predictive research aimed to investigate the symptom clusters that influenced quality of life in patients with chronic kidney disease, as indicated in the Theory of Unpleasant Symptoms. The purposive sample was 150 patients with stage 3-4 chronic kidney disease who received care at an outpatient chronic kidney disease clinic of a tertiary hospital in Roi-Et province. Data were collected from January to March 2016. The research instruments were: 1) a patient general information form, 2) an unpleasant symptom form, and 3) a quality of life (SF-36) questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, factor analysis, and multiple regression analysis.

Findings revealed six core symptom clusters, including symptom cluster of the mental and emotional conditions, peripheral nerves abnormality, fatigue, gastro-intestinal tract, pain and, waste congestion. Significant predictors for quality of life were the two symptom clusters of pain (Beta=-.220; $p<.05$) and the mental and emotional conditions (Beta=-.204; $p<.05$) which totally had predictive value of 19.10% ($R^2=.191$, $p<.05$).

This study indicated that the symptom cluster of pain and the mental and emotional conditions would worsen the patients' quality of life. Nurses should be attentive in managing the two symptom clusters in order to promote the quality of life among patients with chronic kidney disease.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Symptom Clusters, Quality of Life Predictor

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงหากเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะท้าย เกิดจากมีความผิดปกติด้านโครงสร้างและหน้าที่ของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นเดือนหรือปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป และไม่ทราบว่าตนเองเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงไม่ได้พบแพทย์และไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกของโรค (Ingsathit, Thakkinstian, Chaiprasert, Sangthawan, Gojaseni, & Kiattisunthorn, 2010) เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 3 ซึ่งไตมีอัตราการกรองของเสียลดลงในระดับปานกลาง ร่างกายเริ่มสูญเสียการควบคุมสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ สูญเสียการทำหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมนต่าง ๆ รวมถึงมีของเสียคั่งในกระแสเลือด โดยเฉพาะในรายที่มีอัตราการกรองลดลงอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ ซึ่งก่อให้เกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่หลายอาการทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ขาปลายมือปลายเท้า ขากรรตุก คันตามผิวหนัง บวมที่ปลายแขนและขา เป็นต้น และด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย และไม่มีสมาธิ เป็นต้น (Agarwal, 2010; Jitchan, Masingboon, & Duanpaeng, 2011; Lee & Jeon, 2015)

ตามแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe (1997) อาการไม่พึงประสงค์จากการเจ็บป่วยสามารถเกิดได้หลายอาการ ซึ่งเมื่อเกิดอาการหนึ่งแล้วอาจไปกระตุ้นให้มีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นตามมา ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงมากขึ้น โดยแต่ละอาการอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ (Miaskowski, Dodd, & Lee, 2004) อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์กันเรียกว่ากลุ่มอาการ (Symptom Cluster) เช่นเดียวกับในโรคไตเรื้อรังที่ก่อให้เกิดอาการและกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ได้หลากหลาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม การปฏิบัติหน้าที่ การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรค และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่เลวลง (Abdel-Kader, Unruh, & Weisbord, 2009; Jitchan, Masingboon, & Duanpaeng, 2011; Pongpoottipatchara, Sriyuktasuth, Sanaha, & Vongsirimas, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งรายงานว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง (Choowong, 2002; Manyanon, Waleekhachonloet, & Rattanachotpanich, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ (Cruz, Andrade, Urrutia, Draibe, Nogueira-Martins, & Sesso, 2011; Lee & Jeon, 2015) เท่าที่คณะผู้วิจัยค้นพบ พบการศึกษาอาการและกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในต่างประเทศและในประเทศไทยรวมอีกจำนวน 5 เรื่อง เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 จำนวน 1 เรื่อง (Lee & Jeon, 2015) ระยะที่ 3-4 จำนวน 2 เรื่อง (Agarwal, 2010; Taiwong, Kanogsunthornrat, & Chiwiboonthum, 2017) และในผู้ป่วยระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 2 เรื่อง (Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009; Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011) โดยมีรายงานว่าอาการและกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lee & Jeon, 2015; Taiwong, Kanogsunthornrat, & Chiwiboonthum, 2017) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การปฏิบัติหน้าที่ (Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011) และต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abdel-Kader, Unruh & Weisbord, 2009; Pongpoottipatchara, Sriyuktasuth, Sanaha, & Vongsirimas, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ยาวรวมถึงกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความชุกมากที่สุด (Ingsathit, Thakkinstian, Chairasert, Sangthawan, Gojaseni, & Kiattisunthorn, 2010) คณะผู้วิจัยได้เคยศึกษากลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มาแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อศึกษากลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ตลอดจนส่งเสริมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของเลนซ์และคณะ เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) อาการ (Symptom) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ซึ่งประเมินได้ใน 4 มิติ คือ คุณภาพ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และ 3) ผลที่ตามมาของอาการ (Consequences) ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ (Performance) ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสติปัญญา (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) ซึ่งมีความหมายเดียวกันกับคุณภาพชีวิต

ผลจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและเกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามมา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งรบกวนความสุขสบาย อาจเกิดขึ้นร่วมกันหรือพร้อมกันมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป เรียกว่ากลุ่มอาการ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น และอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ปกติ ในกรณีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านเกณฑ์การประเมินการรับรู้ตามแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ได้คะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน หากมีโรคร่วมต้องไม่มีอาการกำเริบในช่วง 1 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งและโรคทางจิตเวช สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามด้วยความเต็มใจ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อจัดกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ โดยกำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มี 27 อาการ (Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009; Agarwal, 2010; Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011; Lee & Jeon, 2015) ซึ่งต้องใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 เท่าของจำนวนข้อคำถาม (Singchangchai, 2006) และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อคำถาม คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 150 ราย ซึ่งมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณที่มีตัวแปรทำนาย 6 ตัวแปร อำนาจการทดสอบ .90 ขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ .20 และค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และประวัติการเจ็บป่วย



ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ซึ่งประกอบด้วย 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง 2) ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบตัวแปรบางตัวมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ แต่เมื่อนำค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) มาทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ สามารถยอมรับผลการวิเคราะห์ว่าตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติได้ 3) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น พิจารณาจากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้นสูง (Multi collinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .882 - .939 และค่า VIF เท่ากับ 1.065-1.134 5) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน .65 6) ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์หรือตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน (Durbin-Watson=1.677) และ 7) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ ศูนย์ (Std. Predicted Value=.000, Std. Residual=.000)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาก่อนหน้า (Taiwong, Kanogsunthornrat & Chiwiboonthum, 2017) ผ่านการรับรองและอนุมัติให้ดำเนินโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง เลขที่ 2558/708 เลขที่ รหัสโครงการ ID 11-58-54

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 63.89 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69.30) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.30) มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.30) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง 12-60 เดือน (ร้อยละ 44.67) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ร้อยละ 60.67) และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 90.00) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.52) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 75.56) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 38.52)

2. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (อยู่ในช่วง 49.78 - 92.68) คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M=73.20, SD=9.02$; $M=71.99, SD=1.67$ และ $M=74.42, SD=1.08$ ตามลำดับ)



1. กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 1 กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์หลักที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=150)

กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์	คุณภาพชีวิตโดยรวม						
	<i>r</i> *	<i>p-value</i>	<i>B</i>	<i>SEB</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ค่าคงที่			80.087	1.382		57.943	.000
กลุ่มอาการปวด เคลื่อนไหวไม่สะดวก ปวดกระดูกและข้อ	-0.260	.001	-.515	.183	-.220	-2.808	.006
กลุ่มอาการทางจิตใจและ อารมณ์ รู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย	-.309	.000	-.328	.128	-.204	-2.563	.011
กลุ่มความผิดปกติของ ประสาทส่วนปลาย ชาปลายมือปลายเท้า ชากระดูก แสบร้อนขา/ฝ่าเท้า	-.250	.002	-.294	.168	-.141	-1.749	.082
กลุ่มอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย	-.213	.009	-.315	.232	-.107	-1.354	.178
กลุ่มอาการของเสียคั่ง รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา คันตามร่างกาย ผิวหนังแห้ง	-.205	.012	-.328	.209	-.123	-1.565	.120
กลุ่มอาการระบบทางเดิน อาหาร เบื่ออาหาร มีแผลในช่องปาก	-.109	.185	-.393	.416	-.074	-.944	.347

$R=.437, R^2=.191, adj. R^2=.156, df=6, 143, F=5.541$

*วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05



จากตาราง 1 ในการวิเคราะห์จัดกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ จำแนกตามมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติรวมความถี่และความรุนแรง ได้พิจารณาตัดลักษณะอาการที่ไม่ปรากฏในทุกมิติ เพื่อให้ได้องค์ประกอบหลักของอาการในแต่ละกลุ่มอาการ และตัดกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบ เพียงอาการเดียวออก เนื่องจากไม่สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ทำให้สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ 6 กลุ่ม เหมือนกัน อธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 43.536 ร้อยละ 42.924 และร้อยละ 41.647 ตามลำดับ กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ใหม่ที่ได้จัดได้ เรียกว่ากลุ่มอาการไม่พึงประสงค์หลัก ได้แก่ กลุ่มอาการปวด กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย กลุ่มอาการอ่อนเพลีย กลุ่มอาการของเสียคั่ง และกลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร การศึกษารังนี้ใช้คะแนนเฉลี่ยรวมความถี่และความรุนแรง เป็นตัวแปร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ และทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าเกือบทุกกลุ่มอาการ ยกเว้นกลุ่มอาการ ระบบทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอาการที่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ กลุ่มอาการปวด ($Beta = -.220$; $p < .05$) และกลุ่มอาการ ผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ($Beta = -.204$; $p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 19.10 ($R^2 = .191$, $F_{(6, 143)} = 5.541$, $p < .05$) โดยมีสมการพยากรณ์ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\text{คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง} = 80.087 - 0.515 \text{ (กลุ่มอาการปวด)} - 0.328 \text{ (กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์)}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง} = -0.220 * Z \text{ (กลุ่มอาการปวด)} - 0.204 * Z \text{ (กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์)}$$

อภิปรายผล

พบกลุ่มตัวอย่างทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ (Agarwal, 2010; Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011) มีอายุเฉลี่ย 63.89 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาแล้ว 1-5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคไตเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนาน มักแสดงอาการหรือมีความผิดปกติเมื่ออัตราการกรองเริ่มลดลงในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาอื่นที่ผ่านมา (Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009; Agarwal, 2010; Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011; Lee & Jeon, 2015)

จากผลการศึกษาก่อนหน้าของคณะผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 73.21$, $SD = 9.02$) และดีกว่าการศึกษาอื่นในประเทศไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาที่ดีในคลินิกเฉพาะทางโรคไตเรื้อรัง มีแนวทางการรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อมและควบคุมโรคร่วม จากอายุรแพทย์โรคไตที่มีประสิทธิภาพ มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ร้อยละ 70.00 (Manyanon, Waleekhachonloet, & Rattanachotpanich, 2009) และได้รับการดูแลตามแนวทางที่ผ่านมาแล้วเกิน 10 ปี (Choowong, 2002) ซึ่งแตกต่างกับแนวทางการดูแลในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในคลินิกโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ได้รับการรักษาและควบคุมโรคโดยการชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขยังให้

ความสำคัญโดยจัดให้มีระบบการบริการ (Service Plan) เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนครอบคลุมโรคไตเรื้อรังทุกระยะ (Nephrology Society of Thailand, 2015)

อาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเกิดได้หลายอาการ ซึ่งเมื่อเกิดอาการหนึ่งแล้วอาจไปกระตุ้นให้มีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นตามมา ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรค รวมถึงคุณภาพชีวิต (Lenz, Pugh, Milligan, Gift & Suppe, 1997) การศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มอาการปวด ($Beta=-.220$; $p<.05$) และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ($Beta=-.204$; $p<.05$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.191$, $F_{(6, 143)}=5.541$, $p<.05$) สะท้อนให้เห็นว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายเริ่มมีการสูญเสียการควบคุมสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ฮอร์โมนต่าง ๆ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ก็ก่อให้เกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้ การที่มีอำนาจการทำนายไม่สูงเพียงร้อยละ 19.10 อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านชีววิทยา เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้นำมาวิเคราะห์

กลุ่มอาการปวด ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 2 อาการ คือ เคลื่อนไหวไม่สะดวก และปวดกระดูกและข้อ เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการสะสมของ β_2 Microglobulin Amyloid ความผิดปกติของสลายแคลเซียมในกระดูกจากความผิดปกติของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ และจากระดับของฟอสเฟตที่สูงขึ้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (Sutheechai & Sudchada, 2012) อาการปวดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม การทรงตัวผิดปกติ กระทบการทำงาน การทำกิจกรรม และการใช้ชีวิตประจำวัน บางรายที่มีอาการรุนแรงอาจรบกวนการนอนหลับ หรือทำให้การนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ (Cohen, Patel, Khetpal, Peterson, & Kimmel, 2007; Wu, Ginsberg, Zhan, Diamantidis, Chen, Woods et.al., 2015) จึงมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r=-0.260$, $p<.05$) และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ($Beta=-.220$; $p<.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cohen, Patel, Khetpal, Peterson & Kimmel (2007) ที่พบว่า ความถี่ของอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต ($r=-0.240$, $r=-0.254$, $r=-0.271$, $p<.05$) นอกจากนี้หากอาการปวดรุนแรงมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวด ยากลุ่มสเตียรอยด์ และยากลุ่ม NSAID ซึ่งยาเหล่านี้จะส่งผลทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น และมีการดำเนินโรคเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปของ Wu, Ginsberg, Zhan, Diamantidis, Chen, Woods et.al. (2015) ที่พบว่าร้อยละ 60.70 มีอาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ หนึ่งในสาม (ร้อยละ 29.20) มีอาการปวดเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง มีการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะข้ออักเสบและการทำหน้าที่ทางกาย ที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการนี้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แต่มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตว่า อาการปวดมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิต ($Beta=-.44$; $p=.002$, $Beta=-.40$; $p=.002$ ตามลำดับ) (Davison & Jhangri, 2010) ซึ่งมีความอำนาจการทำนายสูงกว่า เพราะมีความรุนแรงของโรคมกกว่า สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มอาการนี้เป็นกลุ่มอาการที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสม รวมถึงมีการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาอาการปวด เพื่อควบคุมโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย



กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 5 อาการ คือ รู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก วิดกกังวล และหงุดหงิดง่าย มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r=-.309$; $p<.05$) และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ($Beta=-.204$; $p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษา Lee & Jeon (2015) ที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างกลุ่มอาการทางอารมณ์และของเสียคั่งกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=-.294$, $p<.001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น บางรายอาจต้องลางานหรือขาดงานเพื่อมาพบแพทย์ตามนัด หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและชะลอไตเสื่อม รวมถึงวิตกกังวลต่อแผนการรักษา หรือขาดความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง เป็นต้น (Jittichan, Masingboon, & Duangphang, 2011) รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการบวม หรือปลายมือปลายเท้าบวม ผิวหนังแห้งและลอก อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด วิดกกังวล นอนไม่หลับ และมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ (Bhunsitrat, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งพบว่า ทั้งภาวะซึมเศร้า ($Beta=-.390$, $p<.001$) (Pongpoottipatchara, Sriyuktasuth, Sanaha, & Vongsirimas, 2013) และคุณภาพการนอนหลับ ($Beta=-.491$, $p<.001$) (Thongthiam, Sriyuktasuth, Sanaha, & Leelahavanichkul, 2016) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้แม้กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์จะมีความถี่และความรุนแรงไม่มากนัก ($Mean=2.68$, $SD=2.7$ และ $Mean=2.90$, $SD=3.09$ ตามลำดับ) แต่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมเช่นเดียวกับกลุ่มอาการปวด สะท้อนให้เห็นความสำคัญของกลุ่มอาการนี้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 3 อาการ คือ ชาปลายมือปลายเท้า ขากระตุก และแสบร้อนขา/ฝ่าเท้า ซึ่งมักเรียกรวมกันว่ากลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (Mahaldar, 2014) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อาการขาปลายมือปลายเท้ามากที่สุด (ร้อยละ 62.00) เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย (Uremic Neuropathy) ทั้งจากโรคเบาหวานและจากการคั่งของของเสียในร่างกาย (Krishnan & Kiernan, 2007) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามในสี่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มอาการนี้จะรบกวนทำให้เกิดความรำคาญ มีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน และการทรงตัว บางรายอาจนอนไม่หลับหรือมีปัญหาการนอนหลับ จึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=-.309$; $p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ของ Arnold, Kwai, Pussell, Lin, Kiernan, & Krishnan (2014) ที่พบว่า อาการผิดปกติของประสาทส่วนปลายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเดิน ($r=-0.55$, $p<0.001$) และกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($r=-0.44$, $p<0.005$) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมของ Novak, Winkelman, & Unruh (2015) ยังพบว่า Restless Leg Syndrome พบมากในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รบกวนการนอนหลับ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง กลุ่มอาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายจึงมีระดับความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตไม่สูงนัก และไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 3 อาการ คือ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=-.213$, $p<.05$) กลุ่มอาการนี้เกิดจากการคั่งของ

ของเสียในร่างกาย ผู้ป่วยอาจรับรู้ว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย เหนื่อยง่ายหรือทำงานได้น้อยลง บางรายอาจรู้สึกว่าต้องนั่งพักบ่อยขึ้นในขณะที่ทำงานหรือทำกิจกรรม ในรายที่มีของเสียคั่งรุนแรงโดยเฉพาะในระยะท้าย อาจมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย กระทั่งต่อการทำงานในรายที่ทำงานประจำ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และผู้ป่วยระยะที่ 5 ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งพบว่า อาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ($r=-.81, p<.001$ และ $r=-.67; p<.0001$ ตามลำดับ) (Bonner, Caltabiano, & Berlund, 2013) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ซึ่งพบว่าอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r=-0.491, p=.0001$) และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($Beta=0.35, p<.01$) (Bonner, Wellard, & Caltabiano, 2010) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการอ่อนเพลียกับคุณภาพชีวิตไม่สูงและต่ำกว่าการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว เนื่องจากมีระยะโรคไม่รุนแรง จึงไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

กลุ่มอาการของเสียคั่ง ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 3 อาการ คือ รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา คันตามร่างกาย และผิวหนังแห้ง เกิดจากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังที่ทำให้มีของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้ผิวหนังแห้งและคัน (Berger & Steinhoff, 2011) ในรายที่มีน้ำคั่งอาจมีอาการบวมที่ใบหน้า บวมที่อวัยวะส่วนปลาย และผิวหนังบางลง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย อาการคันที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะรบกวนการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน หรือการนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน (Patel, Freedman, & Yosipovitch, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงว่า อาการคันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($r=-0.56, p<.0001$) (Adejumo, Akinbodewa, Alli, Olatunji, & Ibukun, 2016) ทั้งนี้มีรายงานว่าอัตราการกรองของไต ($Beta=.191, p=.003$) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (Pagels, Söderkvist, Medin, Hylander, & Heiwe, 2012) แสดงว่าเมื่ออัตราการกรองของไตยิ่งลดลง การคั่งของของเสียยิ่งมาก ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มนี้มากขึ้น และกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่การศึกษาค้นคว้านี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีของเสียคั่งไม่มาก (มีค่าเฉลี่ยของระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือด 35.69 mg/dl; ค่าพิสัย 11-89) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการของเสียคั่งกับคุณภาพชีวิตจึงไม่สูง ($r=-.205; p<.05$) และไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วยอาการไม่พึงประสงค์หลัก 2 อาการ คือ มีแผลในช่องปาก และเบื่ออาหาร ผลจากการคั่งของของเสียดังที่กล่าวมาอาจทำให้เกิดแผลในช่องปาก มีการรับรสที่ผิดปกติ ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร (Carrero, Aguilera, Stenvinkel, Gil, Selgas, & Lindholm, 2008) รวมทั้งอาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือมีภาวะทุพโภชนาการได้ ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-5 (Oluseyi & Enajite, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.00) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งพบว่าภาวะโภชนาการมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=.192, p<.05$) (Thongthiam, Sriyuktasuth, Sanaha, & Leelahavanichkul, 2016) แตกต่างกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่า กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบ และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีความถี่และความรุนแรงน้อย ($M=0.57, SD=1.83; M=0.36, SD=0.74$ ตามลำดับ)



การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรประเมิน วางแผนจัดการ และศึกษาวิจัยวิธีจัดการกลุ่มอาการปวด และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. พยาบาลควรวางแผนให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาค้างนี้ อิทธิพลของกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพชีวิตไม่สูงมากนัก อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านชีววิทยา เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลต่ออิทธิพลของกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อไป

References

- 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 of Nephrology*, 4(6): 1057-1064. doi:10.2215/CJN.00430109
- Adejumo, O., Akinbodewa, A., Alli, O., Olatunji, A. & Ibukun, I. (2016). Prevalence, Pattern and Association of Pruritus with Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients Attending Kidney Care Centre, Ondo City, Southwest Nigeria. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(6): 549-554.
- Agarwal, R. (2010). Developing a Self-Administered CKD Symptom Assessment Instrument. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(1): 160-166. doi.org/10.1093/ndt/gfp426.
- Arnold, R., Kwai, N., Pussell, B. A., Lin, C., Kiernan, C., & Krishnan A. V. (2014). Effects of Neuropathy on Physical Function and Quality of Life in Moderate Severity Chronic Kidney Disease. *Clinical Neurophysiology*, 125(4): e4.
- Berger, T. G. & Steinhoff, M. (2011). Pruritus and Renal Failure. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 30(2): 99-100. doi:10.1016/j.sder.2011.04.005
- Bonner, A., Caltabiano, M. & Berlund, L. (2013). Quality of Life, Fatigue, and Activity in Australians with Chronic Kidney Disease: a Longitudinal Study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3): 360-367. doi: 10.1111/nhs.12038
- Bonner, A., Wellard, S. & Caltabiano, M. (2010). The Impact of Fatigue on Daily Activity in People with Chronic Kidney Disease. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22): 3006-3015. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03381.x
- Carrero, J. J., Aguilera, A., Stenvinkel, P., Gil, F., Selgas, R. & Lindholm, B. (2008). Appetite Disorders in Uremia. *Journal of Renal Nutrition*, 18(1): 107-113. doi:10.1053/j.jrn.2007.10.022



- Choowong, J. (2002). *Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Nursing Science in Adult Nursing Faculty of Nursing, Khonkaen University. (in Thai).
- Cohen, S. D., Patel, S. S., Khetpal, P., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Pain, Sleep Disturbance, and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(5): 919-925. doi:10.2215/CJN.00820207
- 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. *Clinics*, 66(6): 991-995. doi:10.1590/S1807-59322011000600012
- Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2010). Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3): 477-485. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.08.008
- Ingsathit, A., Thakkinstian, 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): 1567-75. doi:10.1093/ndt/gfp669
- Jitchan, P., Masingboon, K., & Duanpaeng, S. (2011). Predictors of Functional Performance in Patients with Chronic Kidney Disease. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(2): 86-99. (in Thai).
- Krishnan, A. V., & Kiernan, M. C. (2007). Uremic Neuropathy: Clinical Features and New Pathophysiological Insights. *Muscle & nerve*, 35(3): 273-290.
- Lee, S. J., & Jeon, J. (2015). Relationship Between Symptom Clusters and Quality of Life in Patients at Stages 2 to 4 Chronic Kidney Disease in Korea. *Applied Nursing Research*, 28(4): e13-19. doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.004
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The Middle Range Theory of Unpleasant Symptom: An Update. *Advance in Nursing Science*, 19(3): 14-27.
- Mahaldar, A. R. (2014). Restless Leg Syndrome in Chronic Kidney Disease. *CQ Nephrology*, 3(1): 5-8.
- Manyanon, W., Waleekhachonloet, O., & Rattanachotpanich, T. (2009). Psychometric Properties of the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) Thai Version. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 2(1): 15-23. (in Thai).
- Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. A. (2004). Symptom Clusters: the new Frontier in Symptom Management Research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32: 17-21. doi:10.1093/jncimonographs/lgh023



- Murphy, E. L., Murtagh, F. E., 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. *Nephro Clinical Practice*, 111(1): 74-80. doi:10.1159/000183177
- Nephrology Society of Thailand. (2015). *Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2015*. Bangkok. (in Thai).
- Novak, M., Winkelman, J. W., & Unruh, M. (2015). Restless Legs Syndrome in Patients with Chronic Kidney Disease. *In Seminars in Nephrology*, 35(4): 347-358. doi.org/10.1016/j.semnephrol.2015.06.006
- Oluseyi, A., & Enajite, O. (2016). Malnutrition in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients in a Teaching Hospital in Southern Nigeria. *African Health Sciences*, 16(1): 234-241. doi:org/10.4314/ahs.v16i1.31
- Patel, T. S., Freedman, B. I., & Yosipovitch, G. (2007). An Update on Pruritus Associated with CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 50(1): 11-20. doi:10.1053/j.ajkd.2007.03.010
- Pagels, A. A., Söderkvist, 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 Quality Life Outcomes*, 10(1): 71. doi:10.1186/1477-7525-10-71
- Pongpoottipatchara, R., Sriyuktasuth, A., Sanaha, C., & Vongsirimas, N. (2013). Factors Influencing Quality of Life in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients. *Journal of Nursing and Health Care*, 31(1): 52-61. (in Thai).
- Sutheechai, S., & Sudchada, P. (2012). Mineral and Bone Disorder in Chronic Kidney Disease. *Srinagarind Medical Journal*, 27(4): 415-423. (in Thai).
- Taiwong, A., Kanogsunthornrat, N., & Chiwiboonthum, S. (2017). Relationship Between Unpleasant Symptom Clusters and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(3): 120-128. (in Thai).
- Thongthiam, S., Sriyuktasuth, A., Sanaha, C., & Leelahavanichkul, A. (2015). The Influences of Sleep Quality, Nutritional Status, and Co-Morbidity on Quality of Life in Patients with Predialysis Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing Science*, 34(1): 42-52. (in Thai).
- Wu, J., Ginsberg, J. S., Zhan, M., Diamantidis, C. J., Chen, J., Woods, C., & Fink, J. C. (2015). Chronic Pain and Analgesic Use CKD: Implications for Patient Safety. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 10(3): 435-442.