



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต

รวีวรรณ พงศ์พิฒิปัชร พย.ม.*

อรวมน ศรียุกต์ศุทธ DSN**

จงจิต เสน่หา PhD***

นพพร ว่องสิริมาศ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุ

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

สรุป และข้อเสนอแนะ ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต และคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรค การรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต คุณภาพชีวิต



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อย แม้ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่ชัดเจน แต่จากการประมาณตัวเลขของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้นประมาณ 100,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3- 5¹ และยังไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลดังกล่าวทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มก่อนการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนมากที่สุดและเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ดีทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยยืดระยะเวลาและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะเรื้อรัง มีภาวะซีด เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีอาการบวมตามอวัยวะต่าง ๆ เนื่องจากไตไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต² แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ร่วมกับการควบคุมโรคต้นกำเนิด เช่น ควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันเลือด เป็นต้น เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับอายุรแพทย์โรคไตในระยะเวลาที่เหมาะสม^{1,2} การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้³ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังนั้น ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป⁴⁻⁶

Ferrans และคณะ⁷ ได้เสนอ Conceptual Model of Health-related Quality of Life ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกัน และในที่สุดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบจำลองนี้

อย่างไรก็ดี จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ และปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน⁸⁻¹² จึงนำไปสู่ความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมาเรียมะเร็งทุกชนิดในทุกๆระยะ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต จะไม่ถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression¹³ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรระดับปานกลาง (moderate effect size) (R^2) เท่ากับ 0.13 มีจำนวนตัวแปรอิสระ (k) เท่ากับ 6 ตัวแปร นำมาคำนวณตามสูตรซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้สิทธิการรักษา ระดับเครียดในกระแสเลือด อัตราการกรองของไต โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่พบร่วม และยาที่รับประทานเป็นประจำ

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies¹⁴ ฉบับภาษาไทย แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน

20 ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน แบ่งออกเป็น 4 ระดับไม่เลย นาน ๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูง

3. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Karnofsky Performance Scale (KPS) พัฒนาโดย Karnofsky และคณะ ฉบับภาษาไทย แปลโดยอำนวยการอาชานอก¹⁶ ซึ่งมีค่าตรงความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 คำตอบมีลักษณะเป็น มาตราส่วน 11 ระดับเริ่มตั้งแต่ 0 และเพิ่มขึ้นครั้งละ 10 คะแนนจนถึง 100 คะแนนที่สูงสุดบ่งบอกถึงภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ดี

4. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของ 4 - item Self-Rate Health Scale พัฒนาโดย Lawton และคณะ ฉบับภาษาไทย แปลโดยอรพรม ศรียุคตศุทธ¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-13 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูงหมายถึง การรับรู้สุขภาพดี

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) แปลโดยสุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 5 ระดับคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุดการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าคะแนน 26 -130 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 6 หัวข้อย่อย คือ 1) การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน 2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน 3) ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน 4) การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน 5) ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน 6) การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน¹⁹ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบทดสอบมาประเมินความผิดปกติด้านการ



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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่เป็นที่ยอมรับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient) จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพโดยรวม มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .80 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .89 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ มหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์ (รหัส COA No. IRB-NS 2011/103.3108) และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน - ธันวาคม 2554 ดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไต ให้เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด และแจ้งต่อผู้ป่วยที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย

2. จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจ และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ

3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยรวม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา ส่วนแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง โดยประเมินจากการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับอาการของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจค่าคะแนนของแบบสอบถามทันที พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13 รายมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระดับ 16 - 28 คะแนน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้คำปรึกษา และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต และพบผู้ป่วยจำนวน 5 รายมีค่าคะแนนสูงกว่า 28 คะแนน ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต แจ้งพยาบาลประจำคลินิก และแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับจิตแพทย์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression)

ผลการวิจัย

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

กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคโดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด



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

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (M = 11.12, SD = 7.29) ทั้งนี้เมื่อจำแนกระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 13 และมีภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 5 ภาวะการทำหน้าที่ทางกายของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอยู่ในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านได้ มีบางกิจกรรม

ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Median = 70, M = 73.10, SD = 10.89) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 7.54, SD = 1.97) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 93.07, SD = 8.66) เช่นเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323, F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.390, p = .000$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	SEB	β	t	p-value
ค่าคงที่	80.610	10.110		7.973	.000
เพศ	-.285	1.674	-.017	-.170	.865
อายุ	.037	.079	.050	.474	.637
อัตราการกรองของไต	-.006	.068	-.009	-.087	.931
ภาวะซึมเศร้า	-.464	.128	-.390	-3.628	.000
ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย	.178	.090	.223	1.981	.051
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	.347	.487	.079	.714	.477

$R = .569, R^2 = .323, \text{adj. } R^2 = .280, \text{df} = 6, 93, F = 7.409$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (M= 93.07, SD=8.66) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 69-111 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 -130 คะแนน) อธิบายได้ว่า โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ จะเริ่มมีอาการของโรค เช่น อากาศคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีความดันโลหิตสูง ทำให้ปวดศีรษะ มีภาวะชืด ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย² อาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อชะลอความเสื่อมของไต^{1,2,20} การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย การรักษาที่ซับซ้อน ความถี่ของการมาพบกับุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล และพึงพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่งผลทั้งต่อบทบาทหน้าที่ และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย³ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ ยุวดี ธีระศิลป์²¹ ที่ได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ



องค์รอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIFE-THAI) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 83.79, SD = 11.59, Range 42-116$) ถึงแม้ว่าในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์รอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่อย่างไรก็ดีจากผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 110 รายของจิราภรณ์ ขวุงศ์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดย Ferrans & Powers ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะไตวายเรื้อรัง และระยะยูรีเมียมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาอิทธิพลของเพศ อายุ อัตราการกรองของไต ภาวะซีมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ทางกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 32.3 ($R^2 = .323, F_{(6, 93)} = 7.409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ผลการศึกษาสนับสนุนกรอบแนวคิดในการวิจัยบางส่วน อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ ของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เป็นปกติ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ลดลง และส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในท้ายที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต⁷ อย่างไรก็ตามนอกจากปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ อาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ แต่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ตัวแปรอิสระในการ

ศึกษาครั้งนี้สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 32.3

จากผลการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพียงตัวแปรเดียว คือ ภาวะซีมเศร้า ($\beta = -.390, p = .000$) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอาการตาม กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงของโรค และยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์บ่อยขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซีมเศร้า และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gutch และ Stoner พบว่าคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีสาเหตุมาจากการเกิดความวิตกกังวลหรือเกิดภาวะซีมเศร้า²² และใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะซีมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต¹² และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต^{6,11,12,23}

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = .223, p = .051$) รองลงมาจากภาวะซีมเศร้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างไรก็ดีผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .373, p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้นจนไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย มีความดันโลหิตสูงจากการกระตุ้นการหลั่งสารเรนิน อาจมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง มีภาวะซีด ผลกระทบของการดำเนินโรคส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม หรือมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายลดลง ย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน ใกล้เคียงกับ ผลการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะการทำหน้าที่ทางกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์



กับระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ลดลงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁰

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.017, p = .865$ และ $\beta = .050, p = .637$ ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีจำนวนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน และอายุมีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป อยู่ในวัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีหลักฐานในชีวิตที่ดี รู้สึกมั่นคงปลอดภัย จึงอาจส่งผลให้เพศ และอายุไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา²⁴ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ได้แก่ อัตราการกรองของไต พบว่า อัตราการกรองของไตไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = -.009, p = .931$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เริ่มมีอาการของโรคที่ชัดเจนแล้ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ เช่น มีระดับความเข้มข้นในเลือดและระดับอัลบูมินลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรด อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพียงบางครั้ง และกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รับรู้ว่าสุขภาพของตนไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น และไม่แตกต่างจากภาวะสุขภาพของปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจมีผลให้การเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไตไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Perlman และคณะ⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้แบบ

ประเมินของ SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิต

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .399, p < .01$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย เป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันไป และหากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .079, p = .477$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และตัวแปรอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.532, p < .01$) และภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ($r = .466, p < .01$) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่มสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต เพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ให้สามารถปรับตัวอยู่กับการดำเนินโรคและการรักษาที่ยาวนาน มีสุขภาวะที่ดี



เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. Update on CKD prevention: Strategies and practical point. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2550.
2. ทวี ศิริวงศ์. กลเม็ดเคล็ดลับ ทำอย่างไรไตไม่วาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไต; 2548.
3. Auer J. Psychological perspective. In Thomas N, Ed. Renal nursing. 3rd ed. Philadelphia: Balliere Tindoal 2008; 73-101.
4. Mapes DL, McCullough KP, Meredith D, Locatelli F, Valderrabano F, Held PJ. Quality of life predicts mortality and hospitalization for hemodialysis patients in the US and Europe. JASN 1999; 10: 294A.
5. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the renal research institute-CKD Study. AJKD 2005; 45: 658-66.
6. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplantation Proceedings 2007; 39: 3047-53.
7. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship 2005; 37: 336-42.
8. จิราภรณ์ ชวงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2545.
9. Fukuhara S, Yamazaki S, Marumoc F, Akibad T, Akizawae T, Fujimif S, et al. Health-related quality of life of predialysis patients with chronic renal failure. Nephron Clin Pract 2007; 105: C1-8.
10. McClellan WM, Abramson J, Newsome B, Temple E, Wadley VG, Audhya P, et al. Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. AJKD 2010; 31: 309-17.
11. Park HC, Yoon HB, Son MJ, Jung ES, Joo KW, Chin HJ, et al. Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. Clin nephrol 2010; 73: 374-380.
12. Shidler NR, Phil RAP, Kimmel PL. Quality of Life and Psychosocial Relationships in Patients with Chronic Renal Insufficiency. AJKD 1998; 32(4): 557-566.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice .8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1997; 1: 385-401.
15. Chunlertrith D, Boonkaew S, A Cheawchanwattana. Nephrology Nurses' Perspectives on Using Quality of Life Measures in Routine Renal Patient Care. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(4): 133-140.
16. อำนวยพร อาษานอก. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
17. อรวมน ศรียุคตศุท, วันดี โตสุขศรี, พิสมัย ไม้ทอง, อัจฉรา กุลวิสุทธิ์. การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2548; 23: 43-54.
18. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.



19. นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารคดีราช 2536; 45: 359-74.
20. Hurst J, Thomas N. Chronic kidney disease and pre dialysis care. In Thomas N, Ed. Renal Nursing. 3 ed. Philadelphia: Balliere Tindoal 2008: 135-47.
21. ยุวดี ธีระศิลป์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
22. เพียงดาว จุลบาท. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2551.
23. Garcia TW, Veiga JPR, Motta LDCD, José F, Moura DD, Casulari LA. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010; 32: 369-74.
24. นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2535.



Factors Influencing Quality of Life in Pre- Dialysis Chronic Kidney Disease Patients*

Raweewan Pongpoottipatchara M.N.S* Aurawamon Sriyuktasuth DSN*

Chongjit Saneha PhD*

Nopporn Vongsirimas PhD*

Abstract

Purpose to examine the factors influencing quality of life in pre- dialysis chronic kidney disease patients, i.e. age, gender, glomerular filtration rate, depression, physical function, and general health perceptions. Design Correlational predictive study Methods The sample comprised 100 pre-dialysis patients who came to receive services at the Kidney Disease Clinic, Out Patient Department, Suranaree Hospital, Nakhonratchasima Province. The subjects were selected by means of convenience sampling. Data were collected by questionnaires on demographic data, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Karnofsky Performance Scale (KPS), the Four Item Self- Rate Health Scale, WHO Quality of Life - BREF (Thai) and the Thai Mental State Examination (TMSE). Descriptive statistics and multiple regressions were used to analyze the data.

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

Conclusions and recommendations: Health care teams who take care of pre-dialysis chronic kidney disease patients should be aware of the importance of evaluating quality of life and screen for depression in order to promote good quality of life. In doing so, this group of patients can adapt to prolonged illness and treatment while maintaining good health.

Keywords: Pre-dialysis, Chronic kidney disease, Quality of life

*Faculty of Nursing, Mahidol University