

การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จุฑามาศ เทียนสอาด* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** ป.ร.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

นพวรรณ พินิจจรเดช*** ป.ร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจากอาการกับคุณภาพชีวิต และการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 101 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามความสะดวกที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกอาการ แบบสอบถามภาระค่าใช้จ่าย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D และ SF-36 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Product-Moment Correlation ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตปานกลาง มีการรับรู้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต EQ-5D (VAS) ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ผิวแห้ง อาการที่รุนแรงมากที่สุดคือ ปวดหลังและปวดขา โดยพบว่าภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต SF-36 ระดับสูงในมิติด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม และระดับปานกลางในมิติด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้งในด้านภาวะจากอาการและภาระค่าใช้จ่ายซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นในการนำมาวางแผนการช่วยเหลือ และบรรเทาภาวะจากอาการของผู้ป่วยและจัดหาแหล่งประโยชน์ ที่เป็นทั้งบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถจัดการได้โดยตรงและบทบาทร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คุณภาพชีวิต ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย

*นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขานิติศาสตร์ (สาขากฎหมาย) คณะนิติศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Perception of Symptom Burden, Financial Burden, and Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis

Juthamas Tiansaard* M.N.S. (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing), Dip. APMSN

Noppawan Phinitkhajorndech*** Ph.D. (Nursing)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to explore symptom burdens, financial burdens, and quality of life (QoL), and its relationships in patients with end stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis. The 101 ESRD patients were conveniently recruited from patients undergoing hemodialysis at Ramathibodi Hospital and the Bhumirajanagarindra Kidney Institute Hospital from May to August 2015. Research instruments in this study were: the Personal Data Questionnaire, the Dialysis Symptom Index, the Financial Burden Survey, the SF-36, and the EQ-5D. Descriptive statistics and Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient were used to analyze the data. The results revealed that ESRD patients undergoing hemodialysis had a moderate level QoL and a moderate perception of the financial burden. The financial burden had a significant and moderate negative relationship with EQ-5D QoL. Dry skin was reported as the most frequent symptom and vascular access pain was reported the most severe symptom. Symptom burden had a significant and strong negative relationship with physical domain and overall SF-36 QoL, and moderate negative relationship with mental domain. The study findings could be applied to the patient assessment in terms of symptom burden and financial burden for further comprehensive management. This is important information which could take into nursing care plan to relieve the patient's symptoms, and provide comprehensive information including, resources and health insurance to decrease financial burden. These roles incorporate both independent role of nurses or interdependent role with a multidisciplinary team in determining the appropriate medications or other treatments for further comprehensive management which could enhance QoL in this population.

Keywords: Patients with end stage renal disease, Hemodialysis, Quality of life, Symptom burden, Financial burden

*Master's Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

การรับรู้ภาระจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลัก 2 โรค คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ สอดคล้องกับสถิติสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย² ที่พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 อันดับแรกคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยโรคไตเรื้อรังถูกนำมาใช้แทนคำว่า โรคไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure: CRF) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเมื่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายหรือนิยมเรียกว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) หมายถึง การที่หน่วยไตสูญเสียการทำงานอย่างต่อเนื่องไม่สามารถฟื้นฟูได้ ร่วมกับอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. เป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน³ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดฮอร์โมนที่จำเป็นบางชนิด ไม่สามารถขจัดน้ำและของเสียได้เหมือนคนปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่กรด-ด่าง และสารน้ำในร่างกาย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ปัจจุบันมี 3 วิธี คือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplant: KT)³⁻⁵ ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและนิยมสูงสุด จากข้อมูลปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 68.2 ใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม²

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟอก

เลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจากภาวะยูรีเมีย อาทิ อ่อนเพลีย คันผิวหนัง กระดุกเปาะบาง นอนไม่หลับ เป็นต้น หรือภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาทิ ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว มีไข้หนาวสั่น เป็นต้น ด้านจิตใจและอารมณ์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต อาทิ การควบคุมชนิดอาหารและน้ำดื่ม การประกอบอาชีพ การเข้าสังคมลดลง เนื่องจากต้องเดินทางมาฟอกเลือด บางรายรู้สึกซึมเศร้า ไร้ค่า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่าปัจจุบันสิทธิการรักษาส่วนใหญ่จะครอบคลุมค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁵⁻⁷ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ (direct-medical cost) แต่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ (direct-non medical cost) ที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นด้วยตนเอง อาทิ ค่ายา ค่าอุปกรณ์เกี่ยวกับการฟอกเลือดที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางอ้อม (indirect cost) อาทิ ค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ได้แก่ การสูญเสียเวลาการทำงานของผู้ป่วยและญาติ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงาน หรือเกิดการพิการ (disability) เป็นต้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น⁵⁻⁸

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (well being) การมีความสุข (happiness) โดยเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ได้มาจากการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งการมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเป็นลักษณะเฉพาะขึ้นอยู่กับสถานการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น^{6,7} ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับความสนใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง โดย

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงคนทั่วไปซึ่งจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไปโดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดทดแทนไต⁶⁻¹¹ และยังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการพยากรณ์การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้^{8,10,11} ดังนั้น การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงมีความสำคัญและจำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา แรงสนับสนุนจากสังคมภาวะซึมเศร้า ภาวะชืด เป็นต้น^{6,7,10-14} รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับภาระจากอาการ (symptom burden) และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic status: SES) ของผู้ป่วย¹⁵ แต่ในบริบทประเทศไทยการที่ผู้ป่วยมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีไม่สามารถสะท้อนภาระค่าใช้จ่ายที่แท้จริง และบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยไม่มีภาระค่าใช้จ่าย (financial burden) ในการดูแลตนเองเสมอไป เนื่องจากการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ด้วยตนเองทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายทางอ้อมร่วมกับรายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2558¹⁶ พบว่า แต่ละครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ย 27,545 บาทต่อเดือน แต่มีรายจ่ายโดยรวมเฉลี่ยสูงถึง 21,818 บาทต่อเดือน อีกทั้งยังมีจำนวนหนี้สินเฉลี่ยสูงถึง 163,276 บาทต่อครัวเรือน ดังนั้นการศึกษาในส่วนของภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในมุมมองของผู้ป่วยจะได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับความเป็นจริงในบริบทของประเทศไทยมากกว่าการใช้ข้อมูลสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามมิติ (profile score) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น 9-Thai, KDQOL-SF, SF-36, WHOQOL-BREF เป็นต้น สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตอื่นที่นิยมใช้ในต่างประเทศเช่น EQ-5D, Time Trade-Off (TTO), The Health Utility Index (HUI)⁶⁻⁸ เป็นต้น เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำมาใช้เพื่อคำนวณจำนวนปีสุขภาวะ (quality-adjusted life years: QALYs) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในมุมมองเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economic) เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis: CEA) ได้⁷⁻⁹ ซึ่งยังพบได้น้อยในประเทศไทย และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระจากอาการกับคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายตามการรับรู้ของผู้ป่วย ทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วยที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของผู้ป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระจากอาการกับคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D เพื่อให้เหมาะสมกับข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ที่รายงานเป็นค่าคะแนนอรรถประโยชน์เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ที่รายงานคะแนนครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ และใช้แบบบันทึกอาการในการอธิบายการรับรู้การเกิดอาการ และรับรู้อาการ ภาระ

การรับรู้ภาระจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากอาการในผู้ป่วยโดยมุ่งหวังในการนำข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้มาวางแผนการจัดการทางการแพทย์และการพยาบาลเพื่อให้การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและบรรเทาภาระจากอาการที่เกิดขึ้นซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการให้การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

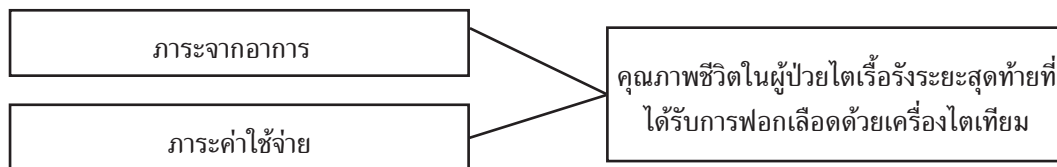
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาระ ภาระจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระจากอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่แสดงถึงความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การมีสุขภาพที่ดี (well-being) การมีความสุข (happiness) จาก

การที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ และเป็นลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสถานการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้นซึ่งในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายทั้งอาการที่เกิดขึ้นจากตัวโรค และจากการที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้านจิตใจ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต อาทิ การประกอบอาชีพ การเข้าร่วมในสังคม และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลา ค่ายาหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่อยู่ในสิทธิการรักษา ซึ่งจากการทบทวนทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี 2 ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมคือ ปัจจัยจากภาระจากอาการ (symptom burden: SB)^{14,17-19} และปัจจัยจากภาระค่าใช้จ่าย (financial burden)^{12,14,15}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระจากอาการกับคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยจากภาระจากอาการและปัจจัยจากภาระค่าใช้จ่าย อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลรามาริบัติและหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ จำนวน 101 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเลือกตามความสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องผ่านการทดสอบความสามารถในการรับรู้ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) อย่างน้อย 25 คะแนนจาก 40 คะแนน 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อในระยะแพร่กระจาย มะเร็งในระยะกำเริบหรือระยะสุดท้าย 4) สื่อสารภาษาไทยให้ข้อมูลได้ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมการศึกษา

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ.80 ความเชื่อมั่น .05 และค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ระดับปานกลาง .3 มาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบงานวิจัยคล้ายงานวิจัยนี้¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบอัตราการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 6-26^{17,18} ดังนั้น การศึกษานี้จึงทดแทนการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 101 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ใช้ในการคัดกรองความจำและการรู้คิด (cognitive status) ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอัคส์ทาร์ ขั้นตอนคือ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บอกชื่อของสีสัตว์ ผลไม้ และจังหวัดทั้งหมด 4 หมวด หมวดละ 10 ชื่อ คำตอบที่ถูกต้องมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนคำตอบที่ผิด มีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน จาก 40 คะแนน แปลว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติสุขภาพ ประวัติการดื่มสุรา ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด ความถี่ในการฟอกเลือด การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ประวัติการเข้ายาเพิ่มเม็ดเลือดแดงเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือด ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติ

การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.2 แบบบันทึกอาการ (Dialysis Symptom Index: DSI) ผู้วิจัยแปลจาก Dialysis Symptom Index: DSI สร้างขึ้นโดยเวสบอร์ดและคณะ ปี 2547²⁰ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการแปลและใช้แบบสอบถามได้ แบบบันทึกอาการประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 30 อาการ โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้การเกิดอาการของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 0 คะแนน คือ ไม่เกิดอาการ และ 1 คะแนน คือ เกิดอาการ คะแนนรวม 0-30 คะแนน มีช่องสำหรับอาการอื่น ๆ 2 ช่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอื่นนอกเหนือจากข้างต้นและประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น โดยแบ่งเป็นลิเกิตสเกล 5 ระดับ ระดับ 0 คะแนน คือ อาการที่เกิดขึ้นไม่รบกวนเลย/ไม่มีภาวะจากอาการจนถึงระดับ 4 คะแนน คือ อาการที่เกิดขึ้นรบกวนมากที่สุด/มีภาวะจากอาการมากที่สุดคะแนนรวม 0-120 คะแนน เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .97 เนื่องจากมีการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วยในบริบทประเทศไทยและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ .92

ชุดที่ 3 แบบสอบถามภาระค่าใช้จ่าย (Financial Burden Survey) สร้างโดยคณะทำงานโครงการวิจัย “การติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด หรือการเสื่อมของการทำงานของไตแบบสหสถาบัน (A cohort of CKD patients with high risk for cardiovascular events or renal disease progression—a multicenter study: CORE-CKD)” และนำไปศึกษาในโครงการวิจัยนี้โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบสอบถามนี้เป็นการสำรวจต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในมุมมองของผู้ป่วยประกอบ

ด้วย 7 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลรายได้พื้นฐาน 2) ค่าใช้จ่ายเมื่อท่านไปรับบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) ค่าใช้จ่ายเมื่อท่านไปรับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก 4) ค่าใช้จ่ายเมื่อท่านเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน 5) ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล 6) ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่บ้าน และ 7) ค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนสภาพบ้าน หรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวม 37 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งปลายปิด และปลายเปิดโดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากหัวหน้าโครงการวิจัย ให้สามารถดัดแปลงและนำไปใช้ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถามในส่วนที่ 8 เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมีลักษณะเป็น Visual Analog Scale (VAS) โดยมีสเกลเป็นเส้นตรงแนวตั้ง มีความยาว 20 เซนติเมตร มีเส้นแบ่งคะแนนทุก 1 คะแนน และมีตัวเลขกำกับทุก 5 คะแนน มีสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยที่ 0 หมายถึง ท่านรู้สึกค่าใช้จ่ยที่ท่านจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพไม่เป็นภาระเลยและ 100 หมายถึง ท่านรู้สึกค่าใช้จ่ยที่ท่านจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพเป็นภาระมากที่สุดการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 0-33 คะแนน หมายถึง ค่าใช้จ่ยเป็นภาระน้อย 34-67 คะแนน หมายถึง ค่าใช้จ่ยเป็นภาระปานกลาง 68-100 คะแนน หมายถึง ค่าใช้จ่ยเป็นภาระมาก

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .71 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest) ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ .73

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 2 ชนิด คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) ที่ประเมินครอบคลุมทั้งมิติด้าน

ร่างกายและมิติด้านจิตใจและแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D (EuroQoL-5D) ที่ได้ค่าเป็นคะแนน อรรถประโยชน์ในมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

4.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่รายงานคะแนนเป็นตัวเลขเดี่ยว (Index Score) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก EuroQOL Group เจ้าของลิขสิทธิ์ให้ใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากทาง EuroQOL Group ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ประเมินมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านอาการเจ็บปวด และด้านความวิตกกังวล คำถามแต่ละข้อมีตัวเลือกเป็นลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่มีปัญหาเลย จนถึง 5 คะแนน คือ มีปัญหามากที่สุด หลังจากนั้นนำค่าที่ได้มาแปลงให้เป็นคะแนน อรรถประโยชน์ (health utility: HU) ซึ่งคำนวณจากค่าคะแนนสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละข้อ นำมาหักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์มิติทางสุขภาพในแต่ละข้อที่เป็นค่ามาตรฐานใช้ในประชากรไทย ที่ผ่านการทดสอบจาก EuroQOL Group โดยค่าอรรถประโยชน์ที่ได้จะแสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสภาวะสุขภาพของตน มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด และ 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าที่ติดลบ หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) และส่วนที่ 2 เป็นประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (VAS) เป็นสเกลเส้นตรงแนวตั้ง มีความยาว 20 เซนติเมตร มีเส้นแบ่งคะแนนทุก 1 คะแนน และมีตัวเลขกำกับทุก 5 คะแนน มีสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด

4.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่รายงานคะแนนตามมิติ

(Profile Score) ทำการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและตรวจสอบเครื่องมือโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามได้ภายใต้โครงการวิจัย “การติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดหรือการเสื่อมของการทำงานของไตแบบสหสถาบัน” แบบสอบถามมีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยคำถามอิสระ 1 ข้อ และคำถามมิติทางสุขภาพ 8 มิติ 35 ข้อ ดังนี้ มิติความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (PF) 10 ข้อ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (RP) 4 ข้อ มิติความเจ็บปวดทางกาย (BP) 2 ข้อ มิติความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (GH) 5 ข้อ มิติบทบาทหน้าที่ทางสังคม (SF) 2 ข้อ มิติความกระฉับกระเฉง (VT) 4 ข้อ มิติบทบาทถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (RE) 3 ข้อ และมิติสุขภาพจิต (MH) 5 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกเป็นลิเกิตสเกล และนำคะแนนดิบเหล่านั้นมาแปลงในแต่ละข้อจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยที่ 0 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด และ 100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 และ EQ-5D เป็นแบบสอบถามมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ นำเชื่อถือในประเทศไทยมีการแปลและนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงไม่มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ในส่วนความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 และ EQ-5D ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 และ .72 ตามลำดับ และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .91 และ .68 ตามลำดับ

การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ 2558/116 และนำเสนอต่อผู้อำนวยการส่วนโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธ และ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาและไม่มีภาระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ และภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยไตเทียมทั้ง 2 แห่ง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยลดความคลาดเคลื่อนและป้องกันการส่งผลต่อกันของข้อมูล จึงเรียงลำดับแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D และ SF-36 แบบบันทึกอาการ และแบบสอบถามภาระค่าใช้จ่าย

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยตนเอง ส่วนหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คนโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดแบบสอบถามแต่ละชุด รวมทั้งฝึกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีการทดลองเก็บข้อมูลคู่กันเพื่อตรวจสอบความตรงความถูกต้องและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามในประเด็นที่สงสัยจนกว่าผู้วิจัยจะมั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างขณะที่กำลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายหลังการประเมินอาการโดยทั่วไป สัญญาณชีพ และการทำงานของเครื่องไตเทียมแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาการคงที่สามารถให้ข้อมูลได้ไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายและส่วนใหญ่หลอดนำเลือดจะอยู่บนแขนข้างที่ไม่ถนัด จึงขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นหลัก ยกเว้นในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกมีปัญหาทางสายตาหรือไม่สะดวกเนื่องจากหลอดนำเลือดอยู่บนแขนข้างที่ถนัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบแล้วบันทึกลงในแบบสอบถาม

2. ระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอยู่บริเวณนั้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีการขึ้นคำตอบให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ในขณะตอบแบบสอบถาม ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบาย มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หรือรู้สึกอึดอัดในการให้ข้อมูล สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการ

ตอบแบบสอบถาม 2 ราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นตะคริว 1 ราย และไม่สะดวกในการให้ข้อมูล 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน ฐานนิยม ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายของตัวแปรดังกล่าวเป็นโค้งปกติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 101 ราย อายุระหว่าง 18-89 ปี เฉลี่ย 61.85 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.48 อยู่ในวัยสูงอายุ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.46) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.35) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.03) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28.71) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 71.29) ใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัด (ร้อยละ 68.32) จ่ายเอง (ร้อยละ 18.81) โรคร่วมที่พบได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 92.08) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 46.53) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.21) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี (ร้อยละ 35.64) และมากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 36.63) ได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 59.41) ส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดนำเลือดชนิด arteriovenous fistula (AVF) (ร้อยละ 58.42) รองลงมาเป็นชนิด

arteriovenous graft (AVG) (ร้อยละ 21.78) ร้อยละ 88.12 มีการใช้อิริโทรพอยอีติน 3,000-20,000 ยูนิต

การรับรู้อาการและภาระจากอาการ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนรับรู้การเกิดอาการอย่างน้อยคนละ 1 อาการ บางรายมีอาการมากถึง 30 อาการ เฉลี่ย 13.96 อาการต่อคน (SD = 7.85) และพบอาการเพิ่มเติมนอกเหนือจาก 30 อาการที่ระบุไว้ 2 อาการ คือ อาการปวดหลอดนำเลือดและอาการใจสั่น ความซุกของการรับรู้ในการเกิดอาการ 5 อันดับแรกคือ อาการผิวหนังแห้ง อาการคันผิวหนัง อาการปากแห้ง และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอาการตะคริว กลุ่มตัวอย่างมีระดับของภาระจากอาการโดยรวมตั้งแต่ 1-74 คะแนน เฉลี่ยภาระจากอาการ 22.26 คะแนนต่อคน โดยอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาระมากที่สุดคือ อาการปวดหลอดนำเลือด รองลงมาได้แก่ อาการคันผิวหนัง อาการปวดกระดูกและข้อต่อ อาการนอนหลับยาก และอาการนอนหลับไม่สนิท ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาระค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกิดจากการได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน 6 เดือน ตั้งแต่ 500-240,000 บาท นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าจ้างผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การเสียเวลาในการมาฟอกเลือด ขาดงาน ขาดรายได้ ขณะมาฟอกเลือด และผู้ป่วยรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 52.18 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้สึกว่าการใช้จ่ายเป็นภาระเลย (ร้อยละ 16.83) และกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าการใช้จ่ายเป็นภาระมากที่สุด (ร้อยละ 15.84) ดังแสดงในตารางที่ 2

**การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

ตารางที่ 1 อันดับของความชุกของการรับรู้การเกิดอาการ และระดับของภาระจากอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 101)

อาการ	การรับรู้การเกิดอาการ		อาการ	ระดับของภาระจากอาการ		
	n	(%)		Min-Max	Mean	SD
1. ผิวแห้ง	73	(72.27)	1. อื่น ๆ..ปวดหลอดนำเลือด	3-3	3	0
2. คันผิวน้ำ	72	(71.29)	2. คันผิวน้ำ	0-4	1.93	1.01
3. ปากแห้ง	70	(69.31)	3. ปวดกระดูก/ข้อต่อ	0-4	1.89	1.05
4. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	70	(69.31)	4. นอนหลับยาก	0-4	1.87	1.05
5. ตะคริว	61	(60.40)	5. นอนหลับไม่สนิท	0-4	1.83	.98

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 101)

ประเภทค่าใช้จ่าย	n (%)	Min-Max	Mean	SD	Median
1. ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนทางตรง (Direct cost)					
1.1 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด (บาท ใน 6 เดือน)					
- ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	68 (67.33)	500 -240,000	23,595.70	54,253.46	4,750
1.2 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา					
- ค่าเดินทาง (บาทต่อครั้ง)	101 (100)	30 -2,000	307.70	276.67	200
- ค่าอาหาร (บาทต่อครั้ง)	66 (65.35)	40 -500	129.02	83.14	100
- ค่าจ้างผู้ดูแล (บาทต่อเดือน)	4 (3.96)	5,000 -16,000	13,200	4,604.36	15,000
- ซื้ออาหารเสริมรับประทาน (บาทต่อเดือน)	30 (29.70)	200 -6,000	1,381.13	1,225.18	950
- ซื้อสมุนไพรรับประทาน (บาทต่อเดือน)	8 (7.92)	20 -3,000	1,091.25	1,311.48	375
2. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost)					
- ค่าเสียเวลาในการมาฟอกเลือด (ชั่วโมงต่อครั้ง)	101 (100)	5-9	6.20	1.05	6.0
- ผู้ป่วยขอลา/ขาดงานมาฟอกเลือด (ครั้งต่อสัปดาห์)	41 (40.59)	1-4	1.84	.68	2.0
- ญาติ/ผู้ดูแลที่ไม่ได้จ้าง สูญเสียรายได้ขณะที่พาผู้ป่วยมาฟอกเลือด(บาทต่อครั้ง)	9 (8.91)	200-1,500	700	441.58	500

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม EQ-5D พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะสุขภาพทางตรงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.72 และค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยเท่ากับ .71 และเมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม SF-36 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต

เฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 63.76 และเมื่อวิเคราะห์รายมิติทั้ง 8 มิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มิติบทบาทหน้าที่ทางสังคม (SF) สูงสุดเท่ากับ 74.01 รองลงมา ได้แก่ มิติสุขภาพจิต (MH) 73.27 และมิติความเจ็บปวดทางกาย (BP) 72.62 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D และคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 101)

	คุณภาพชีวิต	Mean	SD
EQ-5D	มิติสุขภาพ 5 ด้าน	1.65	1.00
	1. ด้านการเคลื่อนไหว		
	2. ด้านการดูแลตนเอง	1.24	.85
	3. ด้านการทำกิจกรรม	1.54	1.08
	4. ด้านอาการเจ็บปวด	1.87	.88
	5. ด้านความวิตกกังวล	1.46	.71
	คะแนนอรรถประโยชน์	.71	.23
	สภาวะสุขภาพทางตรง (VAS)	73.72	14.71
SF-36	สุขภาพทางกายโดยรวม (PCS)	60.20	19.73
	1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	64.06	26.99
	2. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	59.65	42.57
	3. ความเจ็บปวดทางกาย	72.62	18.86
	4. ความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป	44.48	20.50
	สุขภาพทางจิตโดยรวม (MCS)	67.32	17.52
	5. ความกระฉับกระเฉง	57.97	13.72
	6. บทบาทหน้าที่ทางสังคม	74.01	22.69
	7. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	64.03	44.14
	8. สุขภาพจิต	73.27	12.38
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	63.76	17.29

**การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจากอาการกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในทิศทางลบ ระดับความสัมพันธ์ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54, p < .01$) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต EQ-5D (VAS) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในทิศทางลบ ระดับความสัมพันธ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในทิศทางลบ ระดับความสัมพันธ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .01$) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต EQ-5D ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในทิศทางลบ ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างภาวะจากอาการกับคุณภาพชีวิตและการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 101)

คุณภาพชีวิต	SF-36	EQ-5D
การรับรู้ภาวะจากอาการ	-.54**	-.23*
การรับรู้ภาระค่าใช้จ่าย	-.23**	-.36**

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

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 101 ราย มีอายุระหว่าง 18-89 ปี เฉลี่ย 61.85 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.48) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.46) จบระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 28.71) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 59.41) เนื่องจากเกษียณอายุ (ร้อยละ 33.66) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 28.71) และใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัด (ร้อยละ 68.32) สอดคล้องกับรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยประจำปี 2556² ที่พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต

เทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีช่วงอายุ 45-64 ปี (ร้อยละ 44.28) จบระดับประถมศึกษา และไม่มีรายได้

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการ 5 อันดับแรก คือ ผิวแห้ง คันผิวหนัง ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และตะคริว ของการศึกษานี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของยงและคณะ¹⁷ และการศึกษาของเวสบอร์ดและคณะ¹⁸ ที่พบการรับรู้การเกิดอาการ 5 อันดับแรก คือ ผิวแห้ง เหนื่อย/อ่อนเพลีย คันปวดกระดูกและข้อต่อ นอนหลับยาก โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีระดับของภาวะจากอาการโดยรวมแตกต่างกันตั้งแต่ 1-74 คะแนนเฉลี่ยภาวะจากอาการ 22.26 คะแนนต่อคน และอาการที่ก่อให้เกิดภาวะ 5 อันดับแรกคือ อาการปวด หลอดนำเลือด อาการคันผิวหนัง อาการปวดกระดูก/ข้อ นอนหลับยาก และนอนหลับไม่สนิท ตามลำดับ

คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ อาการปวด/ปวดกระดูก และข้อ^{18,19,21} อาการคัน/ผิวแห้ง^{18,19,22} อาการนอนไม่หลับ^{19,23,24} อ่อนล้า/เบื่อหน่าย^{19,22,25} ตะคริว^{22,25}

อาการที่ผู้ป่วยรับรู้มาก่อนให้เกิดภาวะและเกิดปฏิกิริยา คือ อาการปวดกระดูก และอาการนอนผิดปกติ ซึ่งรวมทั้งอาการนอนไม่หลับและนอนหลับไม่สนิทที่อาจเป็นผลมาจากการมีความแปรปรวนของตุลเกลือแร่และกระดูกจากโรคไตเรื้อรังเนื่องจากการมีศึกษาพบว่า อาการปวดกระดูกมีผลโดยตรงต่อการนอนหลับ^{24,26-28} โดยเกลือแร่หลักที่เกี่ยวข้องคือ แคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินดี และฮอร์โมนพาราไทรอยด์ ทำให้เกิดความผิดปกติของกระดูกจากโรคไตเรื้อรัง (renal osteodystrophy) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดกระดูก และมีโอกาสสูงที่จะกระดูกหักง่ายกว่าปกติ^{27,29,30} นอกจากนี้ การนอนผิดปกติอาจมีสาเหตุจากการสูญเสียการทำงานของไต และการฟอกเลือดเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่สามารถทดแทนไตจริงได้อย่างสมบูรณ์ผู้ป่วยจึงอาจมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้จากภาวะยูรีเมียจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรืออาจเป็นผลจากปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการนอนหลับทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชสา แพรภักตร์ประสิทธิ์ และคณะ²³ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนหลับผิดปกติ สูงถึงร้อยละ 85

อาการที่ผู้ป่วยรับรู้มาก่อนให้เกิดภาวะแต่เกิดไม่บ่อยคือ อาการปวดหลังปวดหน้าเลือดซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องมีหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดที่มีประสิทธิภาพมีผนังหลอดเลือดที่แข็งแรงเพียงพอในการนำเลือดออกจากร่างกายร่วมกับปัจจัยสำคัญ คือ ตำแหน่งในการลงเข็มที่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลไตเทียมมีบทบาทสำคัญจำเป็น

ต้องมีประสบการณ์และทักษะในลงเข็มอย่างดี โดยเฉพาะช่วงแรกของการเริ่มใช้เส้นเลือดการลงเข็มอย่างราบรื่นจะเป็นประสบการณ์ที่ดีทำให้ผู้ป่วยไม่กลัวเจ็บ ประกอบกับการลงเข็มที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาแก่หลอดเลือดในอนาคตได้ สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมโรคไตประเทศสหรัฐอเมริกาที่แนะนำให้การลงเข็มครั้งแรกควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงสุดในหน่วยไตเทียม³¹ นอกจากนี้ตลอดการฟอกเลือดมีโอกาสดำเนินตำแหน่งเข็มจะเลื่อนไปชนผนังหลอดเลือดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดเส้นขณะฟอกเลือดได้ ดังนั้นทักษะประสบการณ์ในการประเมินการทำงานของหลอดเลือดและการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมได้

กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายทางตรงเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละรายต่างกันตั้งแต่ 83 บาทต่อเดือนถึง 40,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาในส่วนของการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าการใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่เป็นการเลยมีจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 16.83) ทุกคนใช้สิทธิต้นสังกัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าการใช้จ่ายเป็นการมากที่สุด (100 คะแนน) มีจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 15.84) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเตรียมเงินสดไว้เป็นค่าใช้จ่ายใช้หรือไว้ใช้สำรองจ่ายในการมาเข้ารับฟอกเลือดในแต่ละครั้งอาจเป็นเพราะในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาการบำบัดทดแทนไตได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีตก่อนปี พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาต้นสังกัดหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเงินจะไม่สามารถเข้าถึงการรักษาการบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก้ปัญหาโดยจัดตั้งกองทุนโรคไต เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพและเท่าเทียม โดยผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วย

การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 จะได้รับความคุ้มครองไม่ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือด^{32,33} เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายทางตรงเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่ผู้ป่วย

ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางตรงไม่เกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังคงเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดได้แก่ ค่าอาหารเฉลี่ย ค่าเดินทาง รวมเฉลี่ย 5,240.40 บาทต่อเดือน และเสียค่าจ้างผู้ดูแลเฉลี่ย 13,200 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียเวลาในการมาฟอกเลือดเฉลี่ย 6.20 ชั่วโมงต่อครั้ง ขาดงานประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลบางรายสูญเสียรายได้ขณะมาฟอกเลือดเฉลี่ย 700 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นภาระในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 52.18 และมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของจันทิรา หอมวิจิตรกุล³⁴ ที่ศึกษาค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เฉลี่ย 36,277.78 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ค่าเฉลี่ยเฉลี่ย 2,539.92 บาทต่อเดือน รวมค่าใช้จ่ายทางตรงทั้งหมดของผู้ป่วยเฉลี่ย 38,815.70 บาทต่อคนต่อเดือน

จากการศึกษาพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D กลุ่มตัวอย่างมีสถานะสุขภาพทางตรง EQ-5D (VAS) เฉลี่ย 73.72 และค่าคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ย .71 เป็นไปในทิศทางเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 63.76 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มประชากรไทยทั่วไป³⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคน

ปกติ⁶⁻¹¹ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในผลรวมมิติด้านร่างกายต่ำกว่าในกลุ่มประชากรไทยทั่วไปคล้ายคลึงกับการศึกษาของเคลียร์และเดรนแนน³⁶ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนต่ำกว่าประชากรไอร์แลนด์ทั่วไป ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคร่วมกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับต่างส่งผลต่อผู้ป่วยและยังเกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดำเนินชีวิตไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการประกอบอาชีพ และการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในด้านฐานะการเงินเนื่องจากผู้ป่วยมีภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาที่ต้องรับผิดชอบ ผลการศึกษานี้เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าค่าคะแนนมิติด้านสุขภาพทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนบรรทัดฐานและต่ำที่สุดใน 8 มิติ สะท้อนถึงการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และยอมรับว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อใช้แบบวัดประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 และ EQ-5D (VAS) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเวสเบอร์ดและคณะ¹⁹ ที่พบว่าภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์จากการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .60, p < .0001$) ที่เป็นปัจจัยส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของยงและคณะ¹⁷ ที่พบว่าความปวดและภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.32, p < .001$) และเมื่อจำแนกคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ พบว่าภาวะจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิสและคณะ²³ และการศึกษาของ

แอบเดลคาร์เตอร์ และคณะ³⁷ ที่พบว่า ภาวะจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตในมิติด้าน ร่างกายและคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของผู้ป่วยได้ เนื่องจากเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาวรวมทั้งผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการทำงาน และค่าเดินทางที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง^{32,33} การศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีจำกัด พบเพียงการศึกษาของเซลโซ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาผลกระทบของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำถึงปานกลางมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง และพบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นั่นคือผู้ป่วยที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปด้วย

นอกจากนี้ข้อค้นพบจากการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระจากอาการกับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 2 ชนิด ได้แก่ SF-36 และ EQ-5D พบว่า ค่าระดับความสัมพันธ์มีความแตกต่างกันใน 2 เครื่องมือนี้ อาจเป็นเพราะแบบสอบถาม SF-36 มีความไวและนิยมนำมาใช้ในการประเมินในมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ

มากกว่าแบบสอบถาม EQ-5D ที่มีความไวและนิยมนำมาใช้ในการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาล มีการประเมินภาวะจากอาการ และประเมินภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อช่วยในการวางแผนช่วยเหลือ หรือเพื่อให้คำแนะนำ จัดหาแหล่งประโยชน์ในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว

ด้านการศึกษา ส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สิทธิการรักษา ภาระค่าใช้จ่าย และภาวะจากอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลไตเทียม

ด้านการนโยบาย ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดอาสาสมัครจากท้องถิ่นหรือผู้ดูแลชั่วคราวจากส่วนกลางหรือมีนโยบายจัดหารถรับจ้างสาธารณะรับส่งผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับภาระค่าใช้จ่าย หรือภาวะจากอาการในผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยขยายกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

**การรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

เอกสารอ้างอิง

1. Cooney N. Literature Review: The current situation and care model of non-communicable diseases. Nonthaburi: Art Qualified; 2014. (in Thai)
2. Chuasuwan A., Praditpornsilpa K. Thailand renal replacement therapy registry report [Internet]. 2013 [Cited 2016 Jan 12]. Available from: http://www.nephrothai.org/images/trt/annual_report_thailand_renal_replacement_therapy_2013.pdf (in Thai)
3. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(suppl 1):S1-S266.
4. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2015. (in Thai)
5. Chitnayee S. Nursing care in ESRD patients undergoing hemodialysis. Bangkok: Thana press; 2550. (in Thai)
6. Sanhome W. Quality of life in patients with ESRD undergoing hemodialysis at Khon Kaen Hospital. Khon Kaen Medical Journal. 2009;32:1-15. (in Thai)
7. Jiranantawat T. Quality of life for quality dialysis. in: Jiranantawat T, Changsirikulchai S, Trakanwanich T, Sumethkul W, Editor . Quality dialysis in the year 2010: Nephrology Society of Thailand. Bangkok: Text & Journal publication; 2010. p.292-300. (in Thai)
8. Cheawchanwattana A, Chunlertrith D. Quality of life Assessment and Improvement. in: Jiranantawat T, Changsirikulchai S, Sumethkul W, Trakanwanich T, Editor. Comprehensive review of dialysis. Bangkok: Text & Journal publication; 2007. p.393-402. (in Thai)
9. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014.
10. Korevaar JC, Jansen MAM, Merkus MP, Dekker FW, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life in predialysis endstage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. Perit Dial Int. 2000; 20: 69-75.
11. Bayoumi M, Al Harbi A, Al Suwaida A, Al Ghonaim M, Al Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2013;24(2):254-9.
12. Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. Psychosomatics. 2012;53(1):30-7.
13. Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. J Pain Symptom Manage. 2013;45(2):170-8.
14. Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2009;36(1):15-24.
15. Sesso R, Rodrigues-Neto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. Am J Kidney Dis. 2003;41(1):186-95.
16. National Statistical Office. Summary of key socioeconomic survey of households in the first 6 months 2015. [Internet]. 2016 [Cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/SocioSum58M6.pdf>
17. Yong DS, Kwok AO, Wong DM, Suen MH, Chen WT, Tse DM. Symptom burden and quality of life in end stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. Palliat Med. 2009;23(2):111-9.
18. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, et al. Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. J Am Soc Nephrol. 2005;16(8):2487-94.
19. Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. J Pain Symptom Manage. 2010;39(3):477-85.
20. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, et al. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. J Pain Symptom Manage. 2004;27(3):226-40.

21. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(2):211–8.
22. Pitayanarueman S. A comparative study of symptom clusters in patients with end stage renal disease in Southern region, Thailand [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
23. Praepataraprasri R, Putwatana P, Prapaipanich W. Factors Related to Sleep Disorders in Patients with End Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. *Rama Nurs J* 2014;20(2):221–35. (in Thai)
24. Abassi MR, Safavi A, Haghverdi M, Saedi B. Sleep disorders in ESRD patients undergoing hemodialysis. *Acta Med Iran*. 2016;54(3):176–84.
25. Danquah FV, Zimmerman L, Diamond PM, Meininger J, Bergstrom N. Frequency, severity, and distress of dialysis-related symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37(6):627–38.
26. Sabbatini M, Minale B, Crispo A, Pisani A, Ragosta A, Esposito R, et al. Insomnia in maintenance haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2002;17(5):852–6.
27. Buargub MA, Nabulsi MF, Shafeh TA. Prevalence and pattern of renal osteodystrophy in chronic hemodialysis patients: a cross sectional study of 103 patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2006;17(3):401–7.
28. Chang SY, Yang TC. Sleep quality and associated factors in hemodialysis patients. *Acta Nephrologica*. 2011;25(3):97–104.
29. Disthabanchong S. Management of secondary hyperparathyroidism. in: Jiranantawat T, Changsirikulchai S, Trakanwanich T, Sumethkul W, Editor. *Comprehensive Review of Dialysis*. Bangkok: Text & Journal publication; 2007. pp.193–206. (in Thai)
30. Kidney Disease Improving Global Outcomes CKD-MBD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl*. 2009;113:S1.
31. National Kidney Foundation– Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI). *Clinical Practice Guidelines for Vascular Access*. *Am J Kidney Dis*. 2006;48, Supplement 1:S176–S273.
32. National Health Security Office. *National Health Fund Administration Guide, Vol. 3: The Executive Budget provides patients with CKD*. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. (in Thai)
33. National Health Security Office. *National Health Fund Administration Guide, Vol. 3: The Executive Budget provides patients with CKD*. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2014. (in Thai)
34. Homvijitkul J. Health expenditure of patients with end stage renal disease on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998. (in Thai)
35. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai J Pharm Sci*. 2005;29:69–90.
36. Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nurs*. 2005;51(6):577–86.
37. Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4(6):1057–64.