

Quality of Life and Related Factors in Women Receiving Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: A Comparative Study*

Aurawamon Sriyuktasuth, RN, DSN¹, Nopporn Vongsirimas, RN, PhD¹,

Nattaya Praha, RN, MNS¹, Prapatsinee Prapaiwong, RN, MNS¹

Abstract

Purpose: To compare quality of life and related factors between women receiving hemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

Design: A secondary data analysis.

Method: A sample of 100 HD women and 100 CAPD women aged 18 years and above who received dialysis for at least three months were included in the study. Primary data were collected by using demographic questionnaire, Female Sexual Function Index (FSFI), Center for Epidemiologic Study-Depression Scale (CES-D), Dyadic Adjustment Scale (DAS), and Thai version of WHO's Quality of Life Brief questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: The results indicated significantly higher sexual function and marital relationship in HD women compared to CAPD women, but no difference in depression was found. When explored the associations between the quality of life scores and dialysis modality by multiple regression analysis, the results showed that different dialysis modality affected quality of life. The scores of overall quality of life and all component scales were significantly higher in HD women ($p < .001$).

Conclusion and recommendations: Women with dialysis, especially CAPD women are at risk for poor quality of life. They should receive care to promote their quality of life. In doing so, they will be able to live better with their chronic illness and prolong treatment.

Keywords: hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis, modality of dialysis, quality of life

J Nurs Sci. 2017;35(1):72-84

Corresponding Author: Assistant Professor Nopporn Vongsirimas, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

** This research project is supported by China Medical Board of New York, Inc. Faculty of Nursing, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง: การศึกษาเปรียบเทียบ*

อรอมณ ศรียุคศุภกร, DSN¹ นพพร ว่องสิริมาศ, ป.ร.น.¹ ญัญญา ประหา, พย.ม.¹
ประพัฒน์สินี ประไพวณิช, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รูปแบบการวิจัย: การวิเคราะห์หัตถิยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือด 100 คน และได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 100 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป ล้างไตมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ข้อมูลปฐมภูมิเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงกลุ่มฟอกเลือดมีการทำหน้าที่ทางเพศและความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดีกว่ากลุ่มล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับวิธีการล้างไตโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า ผู้หญิงกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยรวมและรายด้าน ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตโดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ควรได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะโรคเรื้อรัง และการรักษาที่ยาวนานได้ต่อไป

คำสำคัญ: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง วิธีการล้างไต คุณภาพชีวิต

J Nurs Sci. 2017;35(1):72-84

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินกองทุน ซี.เอ็ม.บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นทำให้ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เมื่อการทำงานของไตลดลงจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือมีภาวะไตวาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อทดแทนหน้าที่ของไตที่เสียไปด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งไปตลอดชีวิต โดยวิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การล้างไต (dialysis) ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis; PD) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์หลักที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการล้างไต ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องมารับบริการฟอกเลือดที่ศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางสูง กระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย นอกจากนี้ภาวะของโรคทำให้สภาพร่างกาย รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณแขนสำหรับฟอกเลือด ทำให้ขาดความมั่นใจ และสูญเสียภาพลักษณ์¹ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโดยเฉพาะฮอร์โมนเพศ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง มีปัญหาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ และมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต² โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิงมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงกลุ่ม HD มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ³ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงมีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ทำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส⁴

การล้างไตทางช่องท้องโดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถทำเองที่บ้านได้ โดยต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาในการเปลี่ยนน้ำยาประมาณ 30 นาที การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ค่อนข้างอิสระกว่าวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อย่างไรก็ดีวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในช่องท้องและบริเวณแผลที่หน้าท้องได้มากกว่า ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะที่มีน้ำยาล้างไตขังอยู่ในช่องท้องทำให้ท้องโต ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่แน่นอน ไม่น่ามอง เพราะมีสายท่อล้างไตที่ติดอยู่ที่หน้าท้องของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และมีภาวะซึมเศร้า⁵

ผู้ป่วยหญิงทั้งกลุ่ม HD และ CAPD ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งจากภาวะไตวายและวิธีการรักษา เมื่อเจ็บป่วยทำให้การทำงานที่ทางเพศลดลง ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดั้งเดิม เช่น หน้าที่การเป็นภรรยาหรือมารดา สัมพันธภาพในครอบครัวและระหว่างคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้หญิงจากโรคและการรักษา ล้วนส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของผู้หญิงที่ได้รับการล้างไต จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงทั้งสองกลุ่มนี้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย HD และ PD ที่ผ่านมามีงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พยายามหาคำตอบว่าผู้ป่วยที่ได้รับวิธีการล้างไตแบบใดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธีในทั้งเพศหญิงและเพศชาย อีกทั้งยังพบผลการศึกษาที่แตกต่างกัน⁷⁻¹² ส่วนการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในเพศหญิงมีน้อยมาก พบเพียงการศึกษาในประเทศตุรกีในปี พ.ศ. 2552 ยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธีในประเทศอื่นๆ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเพศหญิงมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลง และได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเพศชายตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น อีกทั้งความแตกต่างด้านบุคคล ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน¹³ ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้หญิง HD และ PD ในประเทศไทย จึงมีความสำคัญและมีประโยชน์ในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตสองวิธี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า โดยนำข้อมูลจากการวิจัยปฐมภูมิที่ผ่านมา^{14,15} มาทำการวิเคราะห์แบบทฤษฎี grounded theory ทั้งนี้เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับวิธีการล้างไตที่ต่างกันในประเทศไทย และสามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบวิธีการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมกับผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตในแต่ละวิธี ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า ในผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของวิธีการล้างไตแบบ HD และ CAPD กับคุณภาพชีวิต โดยควบคุมปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า ในผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD มีความแตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธี
3. วิธีการล้างไตแบบ HD และ CAPD มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายหลังควบคุมปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแล้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis) โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม¹⁴ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง¹⁵

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตด้วยวิธี HD หรือ CAPD อายุ 18 ปีขึ้นไป

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกด้วยเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ได้รับการล้างไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งมานานอย่างน้อย 3 เดือน 2) มีสามีหรือคู่ขนอนและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ 3) รู้สึกดี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 5) มีการรับรู้ปกติ และ 6) ได้รับการล้างไตอย่างเพียงพอ

โดยพิจารณาจากค่า Kt/Vurea ตามเกณฑ์ เพื่อเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะยูริเมีย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางจิต และ 2) เป็นโรคมะเร็งทุกชนิดในทุกระยะ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกับข้อมูลปฐมภูมิทั้งสองเรื่องๆ ละ 100 ราย ที่ได้จากการคำนวณสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression)^{14,15} รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 200 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย
2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D) พัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (ตลอดเวลา) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก (cut off point = 16 คะแนน)
3. แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศ (Female

Sexual Function Index; FSFI) พัฒนาโดย Rosen และคณะ¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดย ชินา โอรารัตนพันธ์ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล¹⁸ มีข้อความทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 และ 6 ระดับ โดย 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (ต่ำมากหรือไม่มีเลย) ถึง 5 (สูงมาก) และ 6 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีกิจกรรมทางเพศหรือไม่มีเพศสัมพันธ์) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 2-36 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 26.5 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศ

4. แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale; DAS) พัฒนาโดย Spanier¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ คงมุต และคณะ²⁰ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เห็นตรงกันเลย) ถึง 5 (เห็นตรงกันทุกครั้ง) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 1-160 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดี

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) พัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ²¹ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 23 ข้อ และข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เลย) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 26-130 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจาก 14 สถาบันทั่วประเทศ²² แบบทดสอบนี้ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-30 คะแนน หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติด้านการรับรู้ ซึ่งขาดคุณสมบัติเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยปฐมภูมิทั้งสองเรื่องนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนา เป็นเครื่องมือที่

เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย จึงไม่นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แต่นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ในผู้หญิงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเรื่องละ 30 ราย ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient alpha) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยมีระหว่าง .75 - .98^{14,15}

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายได้รับการยกเว้นรับรอง (COA. No.IRB-NS2016/42.3005)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มาจากข้อมูลงานวิจัยปฐมภูมิ^{14,15} ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยหญิงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้รับการแนะนำตัวจากผู้วิจัย ชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการทำวิจัย ขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง HD และ CAPD ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต) ปัจจัยทางคลินิก (Kt/V GFR creatinine hemoglobin Hct albumin hypertension DM) การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ t-test independent และ Chi-Square

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง HD และ CAPD ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต) ปัจจัยทางคลินิก (Kt/V GFR creatinine hemoglobin Hct albumin hypertension DM) การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Pearson correlation

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวิธีการล้างไตแบบ HD และ CAPD ต่อคุณภาพชีวิตโดยควบคุมปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณโดยการตัดเข้าแบบ enter method

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้หญิง HD และ CAPD ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มละ 100 คน ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยความแตกต่างแต่ละด้านสรุปได้ดังนี้

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่ม CAPD มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (54.31 และ 47.06; $p < .05$) มีจำนวนผู้จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากกว่า (73% และ 39%; $p < .05$) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายมากกว่า (60% และ 35%; $p < .05$) และมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตน้อยกว่ากลุ่ม HD (2.15 และ 6.70; $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปัจจัยทางคลินิก พบว่ากลุ่ม CAPD มีค่าความเพียงพอในการล้างไต (Kt/V) และอัตราการกรองของไต (GFR) สูงกว่า (2.32 และ 2.02; $p < .05$ และ 8.38 และ 5.81; $p < .05$ ตามลำดับ) แต่มีค่า Hct และ albumin ต่ำกว่ากลุ่ม HD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (30.77 และ 33.05; $p < .05$ และ 3.23 และ 4.13; $p < .05$ ตามลำดับ) ในขณะที่ค่า hemoglobin และ creatinine ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$ และ $p > .05$ ตามลำดับ) ส่วนโรคร่วมพบว่า กลุ่ม CAPD มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่ม HD ร้อยละ 15 แต่กลุ่ม HD มีโรคร่วมเป็นเบาหวานมากกว่ากลุ่ม CAPD ร้อยละ 28 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกระหว่างผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD

ปัจจัย	HD (N = 100)	CAPD (N = 100)	ค่าสถิติ	P value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
1. อายุ (ปี) (mean, SD)	47.06 (9.40)	54.31 (10.79)	t = -5.067	.000*
2. ระดับการศึกษา (n, %)			$\chi^2 = 30.282$.000*
- ไม่ได้เรียน	4 (4%)	5 (5%)		
- ประถมศึกษา	39 (39%)	73 (73%)		
- มัธยมศึกษา	27 (27%)	14 (14%)		
- อนุปริญญา	10 (10%)	6 (6%)		
- ปริญญาตรี	20 (20%)	2 (2%)		
3. ความเพียงพอของรายได้ (n, %)			$\chi^2 = 13.764$.001*
- ไม่เพียงพอ	35 (35%)	60 (60%)		
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	43 (43%)	22 (22%)		
- เพียงพอเหลือเก็บ	22 (22%)	18 (18%)		
4. ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไต (ปี) (mean, SD)	6.70 (4.14)	2.15 (1.39)	t = 10.428	.000*

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกระหว่างผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD

ปัจจัย	HD (N = 100)	CAPD (N = 100)	ค่าสถิติ	P value
ปัจจัยทางคลินิก				
1. DM (n, %)	40 (40%)	12 (12%)	$\chi^2 = 20.374$.000*
2. HT (n, %)	81 (81%)	96 (96%)	$\chi^2 = 11.054$.001*
3. Kt/V (mean, SD)	2.02 (.42)	2.32 (.41)	t = -5.179	.000*
4. GFR (mean, SD)	5.81 (3.11)	8.38 (3.91)	t = -5.147	.000*
5. creatinine (mean, SD)	9.72 (6.65)	8.32 (2.81)	t = 1.934	.055
6. Hct (mean, SD)	33.05 (4.94)	30.77 (5.10)	t = 3.220	.001*
7. hemoglobin (mean, SD)	10.28 (1.44)	10.01 (1.63)	t = 1.241	.216
8. albumin (mean, SD)	4.13 (.47)	3.23 (.50)	t = 13.168	.000*

*p < .05

นอกจากนี้พบว่าผู้หญิงกลุ่ม HD มีค่าเฉลี่ยการทำ .05 และ 119.21 และ 97.88; p < .05 ตามลำดับ) หน้าที่ทำหน้าที่ทางเพศและความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสสูงกว่ากลุ่ม HD ในขณะที่ค่าเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าในกลุ่ม CAPD สูงกว่ากลุ่ม CAPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.39 และ 10.57; p < .05) เล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระหว่างผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD

ปัจจัย	HD Mean (SD) (N = 100)	CAPD Mean (SD) (N = 100)	ค่าสถิติ t	P value
1. การทำหน้าที่ทางเพศ	13.39 (9.19)	10.57 (7.70)	2.355	.020*
2. ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส	119.21 (25.83)	97.88 (17.39)	6.850	.000*
3. ภาวะซีมเศร้า	16.26 (9.25)	16.92 (8.35)	-.530	.597

*p < .05

เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา ความพึงพอใจของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย การล้างไต Kt/V GFR Hct albumin DM การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซีมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy} , r_s)
1. อายุ	-.251**
2. ระดับการศึกษา	.334**
3. ความพอเพียงของรายได้	.339**
4. ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไต	.494**
5. Kt/V	-.272**
6. GFR	-.277**
7. Hct	.214*
8. albumin	.546**
9. DM	.149*
10. การทำหน้าที่ทางเพศ	.220*
11. ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส	.475**
12. ภาวะซึมเศร้า	-.303**

* $p < .05$ ** $< .001$

เนื่องจากกลุ่ม HD และ กลุ่ม CAPD มีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยเหล่านั้นต่างก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต Kt/V GFR Hct albumin DM การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณด้วยการตัดเข้าแบบ enter method โดยตัดเข้าเฉพาะปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรที่เป็นมาตราจัดลำดับได้ถูกนำไปแปลงเป็นตัวแปรที่มีก่อนนำไปวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ วิธีการนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านั้นไปพร้อมๆ กันได้²³ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของวิธีการล้างไต และประสิทธิภาพในการทำนายของวิธีการล้างไตทั้งสองแบบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ว่าวิธีการล้างไตแบบใดมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีกว่ากัน

ผลการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression ของคุณภาพชีวิต โดยใช้ปัจจัยอิทธิพลของวิธีการล้างไต และปัจจัยควบคุมอื่นๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต Kt/V GFR Hct albumin DM การทำหน้าที่ทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรอิสระพบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนทั้งหมดแล้ว การได้รับวิธีการล้างไตแบบ HD ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่ม CAPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการล้างไตแบบ HD มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการล้างไตแบบ CAPD (เท่ากับ 35.39, 10.94, 8.12, 3.89, และ 9.86 ตามลำดับ) รวมทั้งพบว่า วิธีการล้างไตแบบ HD มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงสุด ($\beta = .871$) รองลงมา คือ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\beta = .831, .756, .655$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อิทธิพลของวิธีการล้างไตแบบ HD และ CAPD ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อควบคุมปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัย	HD	CAPD	B	β	t	p	95% CI	R ²
	N = 100	N = 100						
	Mean (SD)	Mean (SD)						
คุณภาพชีวิตโดยรวม	88.26 (13.81)	54.38 (10.74)	35.39	.845	12.613	.000	29.86, 40.93	.767
- ด้านสุขภาพกาย	24.31 (4.35)	14.24 (3.10)	10.94	.871	12.495	.000	9.21, 12.67	.748
- ด้านจิตใจ	20.56 (4.18)	12.23 (2.80)	8.12	.831	9.763	.000	6.48, 9.75	.700
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.28 (2.22)	6.32 (2.22)	3.89	.655	7.199	.000	2.82, 4.95	.570
- ด้านสิ่งแวดล้อม	26.69 (5.13)	17.56 (4.19)	9.86	.756	8.909	.000	7.68, 12.05	.626

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายสำคัญเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้หญิงกลุ่ม HD และ CAPD แต่เนื่องจากการรับการรักษาด้วยการล้างไตแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ถูกสุ่มเข้ารับการรักษาแต่ละวิธีอย่างเท่าเทียมกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจึงมีความแตกต่างกันทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต่างมีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงทำการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตด้วยวิธีที่ต่างกัน โดยใช้วิธีการของสถิติถดถอยพหุคูณแบบคัดเข้า ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบประสิทธิภาพในการทำนายและอิทธิพลของวิธีการล้างไตทั้งสองแบบต่อคุณภาพชีวิต จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ว่าวิธีการล้างไตแบบใดมีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีกว่ากัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงกลุ่ม HD มีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านดีกว่าผู้หญิงกลุ่ม CAPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดในด้านสุขภาพกาย รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (B = 10.94, 9.86, 8.12, 3.89; p < .001 ตามลำดับ) หมายความว่า การได้รับวิธีการล้างไตแบบ HD ส่งผลให้ผู้หญิงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้หญิงกลุ่ม CAPD และวิธีการล้างไตแบบ HD มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงสุด (β = .871)

รองลงมา คือ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (β = .831, .756, .655 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในประเด็นสำคัญ คือ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักพบว่า คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หรือในกลุ่ม HD มีคุณภาพชีวิตดีกว่าในบางด้าน ส่วนกลุ่ม PD ก็มีคุณภาพชีวิตดีกว่าในบางด้านด้วยเช่นกัน ดังเช่นการศึกษาในประเทศไทยซึ่งศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 100 คน (HD 40 คน, PD 60 คน) ในกรุงเทพมหานครทั้งเพศหญิงและเพศชาย ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง (CHOICE Health Experience Questionnaire) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่ม HD และกลุ่ม PD ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม HD มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่ม PD อย่างมีนัยสำคัญในด้านบทบาทร่างกาย ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ และด้านความคิดและความจำ และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม PD อย่างมีนัยสำคัญในด้านภาพลักษณ์ ส่วนด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน⁷ ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปลูกถ่ายไต กลุ่ม HD และกลุ่ม PD กลุ่มละ 50 คนในกรุงเทพมหานคร ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan ที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการล้างไตทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม HD และกลุ่ม PD พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่ม PD

มีคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ดีกว่ากลุ่ม HD อย่างมีนัยสำคัญ⁹ และการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย HD (49 คน) และ PD (38 คน) ทั้งเพศหญิงและชาย ในจังหวัดยโสธร ใช้แบบวัด KDQOL-36 ประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม HD มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม PD อย่างมีนัยสำคัญในด้านอาการแสดง ส่วนด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ⁹

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชาย ระหว่างกลุ่ม HD (232 คน) และ PD (201 คน) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน (ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่กลุ่ม HD มีคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบกลุ่ม PD มีคะแนนซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่ม HD อย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน¹⁰ และการศึกษาในประเทศไต้หวัน ที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (HD 866 คน; PD 301 คน) โดยใช้แบบประเมิน SF-36 ประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทั้งสองแบบนี้ไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกัน¹¹ อีกการศึกษาหนึ่งที่ศึกษาเฉพาะเพศหญิงเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ โดยศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้หญิงกลุ่มสุขภาพดี (20 คน) กลุ่มโรคไตวายเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการล้างไต (21 คน) กลุ่ม HD (24 คน) กลุ่ม PD (21 คน) และกลุ่มปลูกถ่ายไต (20 คน) ในประเทศตุรกี ใช้แบบประเมิน SF-36 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตระหว่างผู้หญิงกลุ่ม HD และกลุ่ม PD ไม่แตกต่างกันในทุกด้าน⁶ และการศึกษาในประเทศบราซิลในผู้ป่วยล้างไตทั้งสองวิธีจำนวนทั้งหมด 317 คน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตแยกกลุ่มเฉพาะเพศหญิง ในกลุ่ม HD (96 คน) และกลุ่ม PD (39 คน) โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้หญิงทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ยกเว้นด้านความเจ็บปวด (pain) ที่กลุ่ม HD มีคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางการศึกษาให้ผลตรงข้ามกับผลการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่า กลุ่ม CAPD มีคุณภาพชีวิตดีกว่า ดังเช่น

การศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม CAPD (30 คน) มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่ม HD (30 คน) ในทุกด้านทั้งขณะเริ่มศึกษา 6 เดือน และ 12 เดือน รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่ม HD ด้วย¹² คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศกรีซ ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชาย ระหว่างกลุ่ม HD (84 คน) และ CAPD (60 คน) พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม CAPD มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม HD ในด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีปัญหาด้านการนอนและมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่ม HD อีกด้วย แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน²⁵

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธีมีความหลากหลาย ไม่สามารถหาข้อสรุปเป็นคำตอบได้ชัดเจนว่าวิธีการล้างไตรูปแบบใดทำให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่ากัน อย่างไรก็ตามก็ตีการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นแตกต่างที่น่าสนใจว่า ผู้หญิงในกลุ่ม CAPD ในการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่ม HD ในทุกด้าน โดยอาจเป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง ซึ่งต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา คุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าในกลุ่ม CAPD ครั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงกลุ่ม CAPD มีอายุที่มากกว่า มีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ผู้หญิงที่รับการรักษาด้วยวิธีนี้ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกวัน มีความเสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อในช่องท้องและบริเวณแผลที่หน้าท้อง นอกจากนี้ อาจรู้สึกว่าร่างกายตนเปลี่ยนแปลงไป มีสายท่อล้างไตที่ติดอยู่ที่หน้าท้องของตนเองอยู่ตลอดเวลา ท้องโตเพราะมีน้ำยาล้างไตขังอยู่ในช่องท้อง ส่งผลต่อความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้เสน่ห์ ไม่น่ามอง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ เป็นอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การทำหน้าที่ทางเพศลดลง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี มีภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต¹⁵ การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงกลุ่ม CAPD มีค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางเพศ และความสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่ำกว่ากลุ่ม HD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.57 และ 13.39; p < .05 และ 97.88 และ 119.21;

$p < .001$) และถึงแม้ว่าภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ อยู่ในเกณฑ์ซีมเศร้าระดับน้อยและทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้หญิงกลุ่ม CAPD มีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงกลุ่ม HD (16.92 และ 16.26; $p > .05$) สภาวะของการเป็นเพศหญิง จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการนำมาอธิบายถึงความแตกต่างของผลการวิจัยนี้กับผลการวิจัยอื่นๆ ดังที่กล่าวมา นอกจากนี้บริบทของการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต สิทธิการรักษา การเลือกวิธีการรักษา สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ อาจมีผลต่อความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตแต่ละวิธี และอาจมีผลทำให้ผลการศึกษาค้างนี้ต่างจากที่ผ่านมา โดยผู้หญิงในกลุ่ม CAPD ในการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้หญิงที่ได้รับการรักษาแบบ HD ในทุกด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

นอกจากความแตกต่างดังกล่าวแล้ว ระเบียบวิธีวิจัยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธีได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีหลากหลายมิติ และมีความซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคล แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ต่างกันทั้งสองวิธี โดยไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รายงานอย่างชัดเจนว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง^{6-9,12,25} ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้จึงอาจอธิบายได้ยากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตวิธีใดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากัน นอกจากนี้การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษาเป็นข้อจำกัดหนึ่ง และบางการศึกษามีจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย วิธีการล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการรับรองแตกต่างกันด้วยเช่นกัน โดยการศึกษาส่วนใหญ่รวมกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องหลายรูปแบบเข้าด้วยกันในกลุ่ม PD เช่น ทั้งแบบต่อเนื่อง (CAPD) และ

แบบใช้เครื่อง (Automated Peritoneal Dialysis; APD) มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่ม CAPD เท่านั้น^{12,25} สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผลการศึกษาที่ได้มา รวมทั้งเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผลการศึกษากับการศึกษาอื่น

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาหลักที่เป็นนโยบายของภาครัฐให้ผู้ป่วยไตวายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เข้าถึงการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตามนโยบาย “PD First” ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่การศึกษาค้างนี้พบว่า ผู้ป่วยหญิงกลุ่ม CAPD มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยหญิงกลุ่ม HD ในทุกด้าน ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม HD

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการวิจัยทุติยภูมิที่มีข้อจำกัดในข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่มีในข้อมูลปฐมภูมิ เช่น คะแนนภาวะโรคร่วม ประวัติการติดเชื้อหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตของทั้งสองกลุ่ม เป็นต้น รวมทั้งรูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ซึ่งธรรมชาติของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมักเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาพสิ่งแวดล้อม ผลที่ได้จึงไม่สามารถระบุแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ลักษณะการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก และการศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครยังทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรเพศหญิงที่ได้รับการล้างไตทั้งสองวิธีในประเทศไทยได้

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการคัดกรอง และประเมินปัญหาในกลุ่มผู้หญิงที่ได้รับการล้างไต โดยเฉพาะให้ความสำคัญและระมัดระวังในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่รับการรักษาด้วยวิธี CAPD เพราะถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงทั้งในด้านปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี เกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่า และการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

กว่าด้วย รวมทั้งหาแนวทางในการจัดการป้องกันและลดความรุนแรง โดยการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน อันจะช่วยส่งเสริมในการให้บริการล้างไตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

References

1. Murphy F. Psychological perspectives. In: Thomas N, editor. Renal nursing. 4th ed. Philadelphia: Balliere Tindoal; 2013. p.80-96.
2. 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.
3. Kamal NN, Kamel EG, Eldessouki KH, Ahmed MG. Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt. Journal of Public Health. 2013;21(2):193-200.
4. Arslan SY, Ege E. Sexual experiences of women exposed to hemodialysis treatment. Sex Disabil. 2009;27:215-21.
5. Lai C, Wang Y, Hung K, Peng Y, Lien Y, Wu M, et al. Sexual dysfunction in peritoneal dialysis patients. Am J Nephrol. 2007;27(6):615-21.
6. Basok EK, Atsu N, Rifaioglu MM, Kantarci G, Yidirim A, Tokuc R. Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. Int Urol Nephrol. 2009;41(3):473-81.
7. Aiyasanon N. Comparative study of quality of life in patients on chronic hemodialysis and chronic peritoneal dialysis [master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2009. 96 p. (in Thai).
8. Kusoom W, Larpcharoenwong N. The quality of life among patients with end-staged renal disease undergoing various renal replacement therapies. Vajira Medical Journal. 2004;48(2):107-15. (in Thai).
9. Setboonsrang K. Comparison of quality of life among the end stage of renal disease patients who had renal replacement therapy by hemodialysis and peritoneal dialysis in Loeng Nok Tha Crown's Prince hospital. Yasothon Medical Journal. 2014;16(1):18-24. (in Thai).
10. Griva K, Kang AW, Yu ZL, Mooppil NK, Foo M, Chan CM. et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. Qual Life Res. 2014;23(1):57-66.
11. Peng YS, Chiang CK, Hung KY, Chang CH, Lin CY, Yang CS, et al. Comparison of self-reported health-related quality of life between Taiwan hemodialysis and peritoneal dialysis patients: a multi-center collaborative study. Qual Life Res. 2011;20(3):399-405.
12. Makkar V, Kumar M, Mahajan R, Khaira NS. Comparison of outcomes and quality of life between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Indian ESRD population. J Clin Diagn Res. 2015;9(3):OC28-31.
13. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. J Adv Nurs. 1992;17(7):795-800.

14. Praha N, Sriyuktasuth A, Kusuma Na Ayuthya S, Vongsirimas N. Factors predicting quality of life in women receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Science*. 2015;33(4):27-39. (in Thai).
15. Prapaiwong P, Sriyuktasuth A, Kusuma Na Ayuthya S, Vongsirimas N. Factors influencing quality of life in women receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2015;7(3):37-48. (in Thai).
16. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, Havanond P. CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 1997;42(1):2-13. (in Thai).
17. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multimenational self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2): 191-208.
18. Oranratanaphan S, Taneepanichsku S. A double blind randomized control trial, comparing effect of drospirenone and gestodene to sexual desire and libido. *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 4:S17-22.
19. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam*. 1976;38(1):15-28.
20. Kongmut P, Sindhu S, Ratinthorn A, leumwananonthachai N. Characteristics and factors influencing sexual dysfunction in women after treatment for cervical cancer. *Journal of Nursing Science*. 2010;28(1):38-46. (in Thai).
21. Mahatnirankul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai V, Wongsuwan K, Pornmanarang W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health of Thailand*. 1998;5(3):4-15. (in Thai).
22. Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*. 1993;45(6):359-74. (in Thai).
23. Pourhoseingholi MA, Baghestani AR, Vahedi M. How to control confounding effects by statistical analysis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2012;5(2):79-83.
24. Ramos EC, Santos Ida S, Zanini Rde V, Ramos JM. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2015;37(3): 297-305.
25. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *J Clin Med Res*. 2011;3(3):132-8.