

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

A Study of Symptom Experiences among End Stage Renal Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

ปัทวิติ คดีโลก* ชนกพร จิตปัญญา** อารีวรรณ อ่วมตานี***

Patiwat Kadeelok* Chanokporn Jitpanya** Areewan Oumtanee***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 178 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคใน 4 มิติ เท่ากับ .77, .83, .84, และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) จำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้น เท่ากับ 12.08 อาการ ค่ามัธยฐานของจำนวนอาการที่เกิดขึ้น เท่ากับ 11 อาการ และค่าฐานนิยมของจำนวนอาการที่เกิดขึ้น เท่ากับ 8 อาการ 2) อาการปวดแสบ เป็นอาการที่มีมิติการเกิดอาการมากที่สุด (ร้อยละ 78.10) และเป็นอาการที่มีมิติความถี่มากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$) และ 3) อาการคัน เป็นอาการที่มีมิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 5.04 \pm 2.76$, 4.75 ± 2.60 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงการประเมินอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ เพื่อดูแลจัดการอาการเหล่านั้นอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย e-mail: pkadeelok@yahoo.com

* Nursing Graduate Student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University e-mail: pkadeelok@yahoo.com

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
e-mail: jchanokp@hotmail.com

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,
e-mail: jchanokp@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract

This survey research aimed to study symptom experiences of patients with end stage renal disease (ESRD) receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in four dimensions: presence, frequency, severity, and distress. A sample of 178 patients with ESRD receiving CAPD was recruited from two peritoneal dialysis service centers of National Health Security Office, Bangkok. The research instrument was the CKD Symptom Burden Index with content validity index of .97 and the Cronbach's alpha coefficients of four dimensions were .77, .83, .84, and .86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The findings were presented as follows:

1. Number of symptoms, the sample reported a min-max number of 3-29 symptoms, an average of 12.08 symptoms, median of 11 symptoms, and mode of eight symptoms.
2. Dry skin was perceived as the most symptom presence (78.10%) and symptom frequency ($\bar{x} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$).
3. Itching was evaluated as the most symptom severity ($\bar{x} \pm SD = 5.04 \pm 2.76$) and symptom distress ($\bar{x} \pm SD = 4.75 \pm 2.60$).

The findings offer valuable data for healthcare providers, to recognize the importance of symptom evaluation in the four dimensions as well as managing care for those certain symptoms appropriately and effectively in order to better quality of life for those patients.

Keywords: symptom experiences, end stage renal disease, continuous ambulatory peritoneal dialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย¹ จากรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy พ.ศ. 2557 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย รายงานว่า ภายในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง 2557 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากจำนวน 236.4 เป็น 1,198.8 รายต่อล้านประชากร² หรือ 5.07 เท่า การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เริ่มต้นจากการล้างไตทางช่องท้อง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีอาการต่างๆ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก เพื่อลดภาวะดังกล่าว รัฐบาลจึงประกาศนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก (Peritoneal Dialysis First Policy) ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถได้รับการรักษาได้ทุกรายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา³ เพราะเป็นวิธีการรักษาที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน ทำให้ประหยัดเวลาในการเดินทางและลดค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการทำงาน ทั้งยังมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม³ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 2,760 ราย เป็น 21,402 ราย หรือ 7.56 เท่า ภายในระยะเวลาเพียง 6 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ถึง 2557²

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการรักษาที่ช่วยปรับสมดุลในร่างกายให้ดีขึ้น อย่างไร

ก็ตามวิธีนี้ไม่สามารถทดแทนการทำหน้าที่ของไตได้ทั้งหมด ทั้งยังเป็นการนำสิ่งแปลกปลอม ได้แก่ สาย Tenckhoff catheter น้ำยา peritoneal dialysis fluid เข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมเหล่านั้น ส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยและอาการต่างๆ เพิ่มและ/หรือรุนแรงขึ้น⁴ โดยผู้ป่วยมักเริ่มปรากฏอาการต่างๆ เมื่อมีอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73 m^{2.5.6} และอาการจะปรากฏมากขึ้นเมื่อมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁷ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การมีอาการในด้านการรับรู้การเกิดอาการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้ถึงสถานะทางสุขภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายว่ามีความผิดปกติหรือกำลังถูกคุกคามทางสุขภาพ⁸ หากไม่ได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสมจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง ภาวะการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁸⁻¹⁰ และเกิดอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น¹¹

ประสบการณ์การมีอาการเป็นลักษณะการรับรู้การของผู้ป่วยตามที่ Lenz และคณะ กล่าวว่า นอกจากจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดหรือไม่เกิดอาการแล้ว ยังเป็นการรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดบ่อยเพียงใด รุนแรงแค่ไหน หรือทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานเพียงใด ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอย่างน้อย 1 อาการ มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ เพิ่มขึ้นได้⁸ สอดคล้องกับ Dodd และคณะ¹² ที่กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการพิจารณาถึง

อาการนั้นทั้งในแง่ของความรุนแรง สาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แล้วตอบสนองต่ออาการนั้นด้วยการแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะรับรู้อาการต่างๆ มากมายในระบบของร่างกาย โดยอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกอาจเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง แต่หากปล่อยอาการเหล่านั้นไว้ไม่มีการแก้ไข อาการนั้นอาจเหนียวแน่นให้อาการอื่นรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร ถ้าผู้ป่วยยังคงมีระดับความถี่ ความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมานจากอาการมากขึ้น จะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและอาจทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จนเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้วิตกกังวลและเครียดเพิ่มขึ้น¹³ การเข้าใจประสบการณ์การมีอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลจัดการอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ อีกทั้งยังสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเพียงอาการใดอาการหนึ่ง¹⁴⁻¹⁶ ได้แก่ อาการซึมเศร้า อาการอ่อนล้า อาการท้องผูก ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเป็นกลุ่มอาการ^{13, 17-19} ได้แก่ กลุ่มอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า กลุ่มอาการนอนไม่หลับ เหนื่อยล้าและซึมเศร้า กลุ่มอาการที่เกิดจาก

ภาวะน้ำเกิน กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการรักษาแบบประคับประคอง การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานยังมีน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประเด็นนี้เพื่อนำข้อค้นพบมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับประเมินอาการและวางแผนการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ ปี ค.ศ. 2011¹² มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) ซึ่งแบบจำลองการจัดการอาการนี้ ประกอบด้วยโมทัศน์หลัก 3 ประการ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) การจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะโมทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการมาใช้เป็นแนวทางใน

การศึกษา ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการสาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

จากมโนทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของ Dodd และคณะ ทำให้ผู้วิจัยได้แนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติการเกิดอาการ คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2) มิติความถี่ คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดบ่อยมากน้อยเพียงใด 3) มิติความรุนแรง คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นิยามเชิงปฏิบัติการของ “ประสบการณ์การมีอาการ” จึงหมายถึง การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเมินจาก

แบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary, Bonner และ Douglas²⁰ โดยที่แต่ละอาการแบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ 1) มิติการเกิดอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีอาการ หรือ มีอาการ (0 หรือ 1), 2) มิติความถี่ หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับความบ่อยของอาการที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลยไปจนถึงมีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา (0-10), 3) มิติความรุนแรง หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ไม่มีความรุนแรงเลยไปจนถึงมีความรุนแรงมาก (0-10), และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ไม่มีความทุกข์ทรมานเลยไปจนถึงมีความทุกข์ทรมานมาก (0-10)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลตำรวจและศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4Studies²¹ เลือกสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (estimating the finite population mean)²² คือ $n = N \sigma^2 Z^2 / [d^2 (N-1) + \sigma^2 Z^2]$ แทนค่า $n =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $N =$ ขนาดประชากรในกรุงเทพมหานคร 1,502 ราย² $\sigma^2 =$ ความแปรปรวน แทนค่าด้วย $SD^2 = (5.352)^2$ ของประสบการณ์การมีอาการที่ได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ $Z = 1.959964$ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% $d =$ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดให้เท่ากับ 5% ของคะแนนเฉลี่ย²³ ของประสบการณ์การมีอาการที่คำนวณได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (เมื่อ $\bar{x} = 14.80$ ดังนั้น $d = 5\% \times 14.80 = 0.74$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² 3) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ 4) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และสามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง และ 5) ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ และ 2) ส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยศึกษาจากเวชระเบียนและจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย สิทธิการรักษา การล้างไตทางช่องท้อง โรคร่วม และยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary, Bonner และ Douglas²⁰ มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลเป็นภาษาเป้าหมาย (forward-only-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้สอบถามประสบการณ์การมีอาการในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทั้งหมด 32 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ 1) มิติการเกิดอาการ 2) มิติความถี่ 3) มิติความรุนแรง และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน ซึ่งแต่ละ

ข้อจะให้กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการ หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ไม่มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างข้ามไปทำข้อถัดไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างระบุว่า “มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างระบุเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในข้อนั้นทั้ง 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานในข้อถัดไป

เกณฑ์การให้คะแนนและการให้ความหมายของคะแนน

1. มิติการเกิดอาการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-1 มีการให้ความหมายของคะแนนดังนี้ หากกลุ่มตัวอย่างตอบว่า “มี” หมายถึง มีอาการในข้อนั้น ให้ 1 คะแนน แต่หากตอบว่า “ไม่มี” หมายถึง ไม่มีอาการในข้อนั้น ให้ 0 คะแนน แล้วผู้วิจัยรายงานมิติการเกิดอาการออกมาเป็นความชุกในรูปของร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ระบุว่า “มี” อาการในแต่ละข้อ

2. มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ลักษณะคำตอบในแต่ละมิติเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละมิติมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-10 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกให้คะแนนในแต่ละมิติได้เพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น มีการให้ความหมายของคะแนนดังนี้

2.1 มิติความถี่ กำหนดให้ คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย ไปจนถึง คะแนน “10” หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา

2.2 มิติความรุนแรง กำหนดให้ คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีความรุนแรงเลย ไปจนถึง

คะแนน “10” หมายถึง มีความรุนแรงมาก

2.3 มิติความทุกข์ทรมาน กำหนดให้ คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย ไปจนถึง คะแนน “10” หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แล้วรายงานค่าความเที่ยงแยกตามประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) ได้เท่ากับ 0.77, 0.83, 0.84, และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ และดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์

ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และนายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ จว. 60/2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 141/2560 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และนายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแต่ละคนจะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและมอบเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจและมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบิดเบ่งหรือบิดเบือนความจริงใดๆ การตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัวและเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ กรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอและผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายจนเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามจนเข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุดใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2560 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 178 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลประสพการณ์การมีอาการใน 4 มิติ แบ่งออกเป็น มิติการเกิดอาการ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ส่วนอีก 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน วิเคราะห์ด้วย การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 178 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.60 เพศชาย ร้อยละ 49.40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 90.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.75 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 86.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 57.30 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.50 ไม่ได้ทำงานมากที่สุด ร้อยละ 68.50 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.80 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 27,835.71 บาท/เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 89.30 ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 122.60 สัปดาห์หรือเท่ากับ 2.36 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาดังกล่าวอยู่ในช่วงมากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 56.18 น้ำยาชนิดที่ใช้มากที่สุด คือ 1.5% dextrose ร้อยละ 88.20 ปริมาณน้ำยาที่ใช้มากที่สุด คือ 7,001-9,500 มิลลิลิตรต่อวัน ร้อยละ 76.40 จำนวนครั้งของการล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่ 4 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 79.21 ระดับความพอเพียงของการล้างไต (Kt/V) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 1.70 ร้อยละ 59.00

ข้อมูลโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 96.60 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.80 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเกาต์ ร้อยละ 43.30, 25.30 และ 13.50 ตามลำดับ

ข้อมูลยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยากลุ่มยาฉีดฮอร์โมน Erythropoietin ร้อยละ 93.30 รองลงมาอีก 6 กลุ่ม คือ กลุ่มยา

ปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง กลุ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง กลุ่มยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด และกลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 91.60, 91.00, 91.00, 59.00, 53.90 และ 10.10 ตามลำดับ

ประสบการณ์การมีอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

1. มิติการเกิดอาการ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผิวแห้ง 2) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง 3) คัน 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ชาบวม และนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 78.10, 71.30, 63.50, 59.60, 55.60, และ 55.60 ตามลำดับ

จำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 12.08 อาการต่อคน (SD = 5.25) ค่ามัธยฐานของจำนวนอาการที่เกิดขึ้น เท่ากับ 11 อาการ ค่าฐานนิยมของจำนวนอาการที่เกิดขึ้น เท่ากับ 8 อาการ ร้อยละ 10.11 (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1)

2. มิติความถี่ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผิวแห้ง 2) ชาบวม 3) ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า 4) สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง และ 5) นอนไม่หลับ ($\bar{x} \pm SD = 7.65 \pm 2.83, 6.89 \pm 2.78, 6.74 \pm 3.04, 6.66 \pm 2.82, \text{ และ } 6.35 \pm 2.56$ ตามลำดับ)

3. มิติความรุนแรง พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) คัน 2) ปวดกระดูก

หรือข้อ 3) ตะคริว 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า ($\bar{x} \pm SD = 5.04 \pm 2.76$, 4.92 ± 3.32 , 4.56 ± 2.93 , 4.51 ± 2.90 , และ 4.11 ± 2.63 ตามลำดับ)

4. มิติตามทุกขัณฑ์ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความทุกข์ทรมานมากที่สุด 5

อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) คัน 2) ปวดกระดูกหรือข้อ 3) ตะคริว 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ปวดศีรษะ ($\bar{x} \pm SD = 4.75 \pm 2.60$, 4.68 ± 3.47 , 4.31 ± 3.00 , 4.17 ± 2.96 , และ 3.64 ± 2.61 ตามลำดับ)

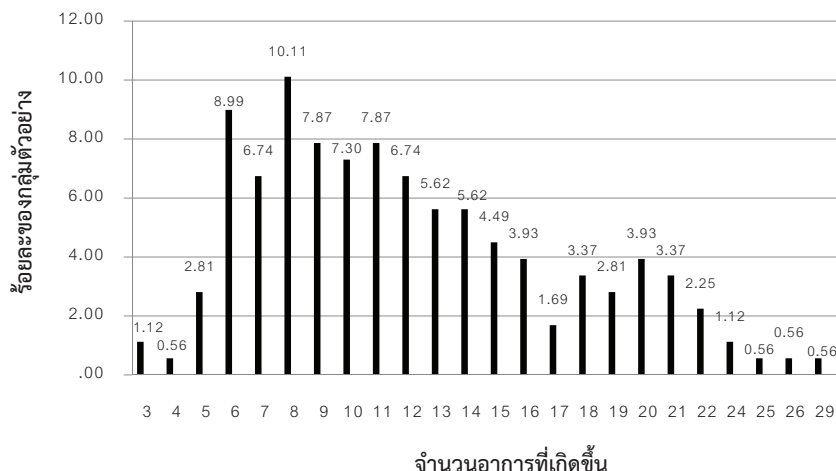
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และ มิติความทุกข์ทรมาน (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่*	ความรุนแรง*	ความทุกข์ทรมาน*
	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
1. ผิวแห้ง	139 (78.10)	7.65 ± 2.83	3.14 ± 2.80	2.12 ± 2.15
2. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง	127 (71.30)	5.54 ± 2.41	3.37 ± 2.55	3.07 ± 2.73
3. คัน	113 (63.50)	6.32 ± 2.65	5.04 ± 2.76	4.75 ± 2.60
4. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	106 (59.60)	5.56 ± 2.64	4.51 ± 2.90	4.17 ± 2.96
5. ชาบวม	99 (55.60)	6.89 ± 2.78	3.76 ± 2.91	2.97 ± 2.61
6. นอนไม่หลับ	99 (55.60)	6.35 ± 2.56	3.68 ± 2.76	3.61 ± 2.98
7. ไอ	95 (53.40)	4.93 ± 2.55	3.60 ± 2.89	2.91 ± 2.56
8. เวียนศีรษะ	87 (48.90)	4.51 ± 2.42	3.99 ± 2.68	3.57 ± 2.62
9. รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย	86 (48.30)	4.79 ± 2.44	3.23 ± 2.66	2.33 ± 2.38
10. ปากแห้ง	82 (46.10)	5.32 ± 2.80	2.05 ± 1.83	1.67 ± 1.42
11. ความอยากอาหารลดลง	80 (44.90)	5.44 ± 2.46	2.89 ± 2.48	2.31 ± 2.12
12. กลุ้มใจ	80 (44.90)	5.08 ± 2.43	2.96 ± 2.80	2.70 ± 2.87
13. ตะคริว	78 (43.80)	4.62 ± 2.65	4.56 ± 2.93	4.31 ± 3.00
14. คลื่นไส้	74 (41.60)	4.05 ± 2.11	2.89 ± 2.22	2.42 ± 2.20
15. ท้องผูก	72 (40.40)	5.78 ± 3.02	1.94 ± 1.53	1.71 ± 1.45
16. ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า	65 (36.50)	6.74 ± 3.04	4.11 ± 2.63	3.48 ± 2.67

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน) (ต่อ)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่*	ความรุนแรง*	ความทุกข์ทรมาน*
	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
17. รู้สึกวิตกกังวล	62 (34.80)	4.85 $\pm$ 2.14	2.89 $\pm$ 2.48	2.73 $\pm$ 2.64
18. ปวดศีรษะ	61 (34.30)	3.92 $\pm$ 2.33	3.89 $\pm$ 2.60	3.64 $\pm$ 2.61
19. ปวดกระดูกหรือข้อ	60 (33.70)	5.32 $\pm$ 3.35	4.92 $\pm$ 3.32	4.68 $\pm$ 3.47
20. ตื่นกลางดึก	54 (30.30)	5.78 $\pm$ 2.91	3.43 $\pm$ 3.15	3.13 $\pm$ 3.39
21. หายใจลำบาก	45 (25.30)	5.00 $\pm$ 2.71	3.76 $\pm$ 2.35	3.42 $\pm$ 2.71
22. รู้สึกกระสับกระส่าย	44 (24.70)	4.82 $\pm$ 2.46	3.23 $\pm$ 2.58	3.14 $\pm$ 2.80
23. อาเจียน	43 (24.20)	3.81 $\pm$ 2.22	3.40 $\pm$ 2.44	3.12 $\pm$ 2.55
24. รู้สึกเสียใจ	39 (21.90)	3.87 $\pm$ 2.48	3.03 $\pm$ 2.69	2.82 $\pm$ 2.62
25. ท้องเสีย	39 (21.90)	3.18 $\pm$ 2.44	3.13 $\pm$ 2.98	2.90 $\pm$ 2.80
26. ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน	39 (21.90)	5.77 $\pm$ 3.23	2.41 $\pm$ 2.19	2.18 $\pm$ 2.10
27. ซึมเศร้า	34 (19.10)	5.15 $\pm$ 2.65	3.31 $\pm$ 2.92	3.15 $\pm$ 2.95
28. ไม่มีสมาธิ	33 (18.50)	4.27 $\pm$ 2.43	3.09 $\pm$ 2.83	2.67 $\pm$ 2.72
29. สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง	32 (18.00)	6.66 $\pm$ 2.82	1.81 $\pm$ 2.29	1.45 $\pm$ 1.80
30. ไม่มีอารมณ์ทางเพศ	31 (17.40)	6.10 $\pm$ 3.17	1.71 $\pm$ 1.97	1.38 $\pm$ 1.72
31. เจ็บแน่นหน้าอก	29 (16.30)	4.28 $\pm$ 2.30	3.79 $\pm$ 2.62	3.45 $\pm$ 2.87
32. ขากระตุก	23 (12.90)	4.39 $\pm$ 2.74	2.61 $\pm$ 2.48	2.35 $\pm$ 2.25

* ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน, ตัวเลขหนา คือ คะแนนที่มีค่ามากที่สุด 5 อันดับแรก



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนอาการที่เกิดขึ้น (n = 178)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.08 อาการต่อคน โดยจำนวนอาการที่มีมิติการเกิดน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยนฤมาน ที่พบว่า จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เท่ากับ 16.33 อาการต่อคน โดยจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 2 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 38 อาการ อาจเนื่องจากการเป็นนักศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 200 คน ที่รวมการรักษาแบบประคับประคอง การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไว้ด้วยกัน ในจำนวนนี้มี

ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเพียง 59 คน (ร้อยละ 29.50)¹³ จึงต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่ศึกษาเฉพาะผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีจำนวนอาการที่เกิดขึ้นจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่แตกต่างกัน ดังที่ Dodd และคณะกล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการของบุคคลแต่ละคนจะเหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาพทางสุขภาพ โรค การบาดเจ็บ และการได้รับความสามารถหรือพิการ และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม และลักษณะทางวัฒนธรรม¹²

มิติการเกิดอาการและมิติความถี่ พบว่าอาการผิวแห้ง เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุดถึงร้อยละ 78.10 และ

รับรู้ความถี่มากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$) สอดคล้องกับหลายการศึกษา อาทิเช่น Choovichian และคณะ²⁴ และ Boonsiri และคณะ²⁵ ที่พบว่า อาการผิวหนังแห้งเป็นความผิดปกติของผิวหนังที่ตรวจพบในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากที่สุด ร้อยละ 100 Thomas และคณะ²⁶ พบว่า อาการนี้มีมิติการเกิดอาการมากที่สุดร้อยละ 66.7 ส่วนมิติความถี่ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่ของอาการผิวหนังแห้งมากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผลการศึกษาของ Almutary และคณะ²⁰ ที่พบความถี่ของอาการผิวหนังแห้งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 (SD=2.56) แต่เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการผิวหนังแห้ง พบว่า ความรุนแรงของอาการผิวหนังแห้งในงานวิจัยนี้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (SD=2.80) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยที่ Almutary และคณะพบ ($\bar{x} \pm SD = 2.74 \pm 1.91$)²⁰ จะเห็นได้ว่า แม้ความถี่ของอาการผิวหนังแห้งจะแตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งความรุนแรงของอาการผิวหนังแห้งนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = 0.639, p < 0.0001$)²⁵ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ อาการผิวหนังแห้งเป็นความผิดปกติของผิวหนังที่อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้

อาการผิวหนังแห้งเป็นลักษณะของผิวหนังแห้งทั่วทั้งตัวและมีขุย (scale) พบบ่อยที่บริเวณด้านนอก (extensor surface) ของแขนขา มักเป็นขุยขนาดใหญ่สีดำ ส่วนที่พบบริเวณหน้าท้องจะเป็นขุยสีขาวขนาดเล็กที่ละเอียดกว่า ส่วนที่พบบริเวณหนังศีรษะจะมีลักษณะผิวหนังลอกคล้ายรังแค อาการผิวหนังแห้งเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ อาทิเช่น 1) อาจเกิดจากความผิดปกติของต่อมเหงื่อที่มีการหลั่งเหงื่อน้อยลง หรือ 2) อาจเกิดจากความผิดปกติ

ของเมตาบอลิซึมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับสัญญาณ (receptor) ของวิตามินเอ ส่งผลให้วิตามินเอเข้าสู่เซลล์ผิวหนังได้น้อยลง หรือ 3) อาจเกิดจากความผิดปกติของสารภายในเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหลุดลอกของผิวหนังหรือการสร้างเซลล์ผิวใหม่ (keratinization)²⁷ หรือ 4) อาจเกิดจากภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะต้องมีการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ทำให้มี skin turgor ผิดปกติร่วมด้วย²⁸

ผลจากอาการผิวหนังแห้งนี้จะก่อให้เกิดอาการคันได้²⁸ เนื่องจากอาการผิวหนังแห้งจะชักนำให้เกิด nerve fiber transmission และเพิ่มจำนวนของเส้นประสาทในชั้นหนังกำพร้าร่วมกับกระตุ้นให้สารที่ก่อให้เกิดอาการคัน (pruritogens) ทำงานผ่านทาง itch-mediated C fiber ที่มี conduction velocity ต่ำ และมีการแตกแขนงบริเวณส่วนปลายเป็นจำนวนมาก เส้นประสาทเหล่านี้จะถ่ายทอดสัญญาณต่อไปยัง dorsal horn และ lateral spinothalamic tract เข้าสู่สมองส่วน thalamus และไปสุดที่ somatosensory cortex จากนั้นสมองจะแปลงสัญญาณออกมาเป็นอาการคัน²⁹

มิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมาน
พบว่า อาการคัน เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 5.04 \pm 2.76, 4.75 \pm 2.60$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Almutary และคณะ ที่พบว่า อาการคัน เป็นอาการที่มีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD=3.21) และ 4.91 (SD=3.39) ตามลำดับ²⁰ อาการคันเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ อาทิเช่น 1) อาจเกิดจากภาวะ hyperparathyroidism ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เกิดกระบวนการ

การ calcium-phosphate precipitation ทำให้เกิดการตกผลึกแคลเซียมที่ผิวหนัง เกิดการกระตุ้น mast cell ให้มีการหลั่งสาร histamine กระตุ้นให้เกิดอาการคันได้ หรือ 2) อาจเกิดจากการสะสมยูเรียที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งและแตกเป็นสะเก็ดประกอบกับต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อออกมา ส่งผลให้กระตุ้นอาการคันได้^{27,30}

ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการคันจัดเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด มีหลายผลการศึกษาที่กล่าวถึงผลกระทบจากอาการคัน อาทิเช่น ผลการศึกษาของ Boonsiri และคณะ พบว่า ความรุนแรงของอาการคันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = 0.764$, $p < 0.0001$)²⁵ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ อาการคันเป็นความผิดปกติของผิวหนังที่อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ Hricik พบว่า อาการคันเป็นสาเหตุของความรู้สึกไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง³¹ Wang และ Yosipovitch ยังพบอีกว่า ความรุนแรงของอาการคันในระดับมากถึงมากที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดอาการอื่นๆ ตามมาได้แก่ รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ภาวะซึมเศร้า ซึ่งล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงตามมา³² Li และคณะ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการคันมาก ($p < 0.001$) ทำให้คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ ประเมินจาก Pittsburgh Sleep Quality Index มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 (odds ratio = 1.305, $p = 0.001$) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ประเมิน

จาก Beck Depression Inventory มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 (odds ratio = 1.429, $p = 0.002$)³³

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ในมิติการเกิดอาการผิวแห้งมากที่สุด ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ในมิติความถี่มากที่สุดเช่นเดียวกัน ส่วนอาการคันเป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ในมิติความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดการกับอาการผิวแห้งและอาการคัน เพื่อช่วยลดความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นตามมา รวมทั้งตระหนักถึงความรวดเร็วในการประเมินการรับรู้อาการอื่นๆ และหาวิธีการต่างๆ ที่จะสามารถช่วยจัดการอาการนั้นให้บรรเทาหรือหายไป เพื่อลดการรับรู้การในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ “ทุนสนับสนุนการวิจัย” จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2558;4(5):5-18.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Thailand Renal Replacement Therapy Year 2014 [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-__3-11-59__-final__.pdf
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559: การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2558.
4. ศุภชัย จิตติอาชากุล. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: practical and update). กรุงเทพฯ: บั๊คเน็ต; 2544.
5. Agarwal R. Developing a self-administered CKD symptom assessment instrument. NDT 2010;25(1):160-6.
6. Lee SJ, Jeon J. Relationship between symptom clusters and quality of life in patients at stages 2 to 4 chronic kidney disease in Korea. ANR 2015;28(4):13-9.
7. ไตรรักษ์ พิธิษฐ์กุล, เกรียง ตั้งสง่า. Overview of chronic renal failure. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, บรรณาธิการ. Nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2543. หน้า 1223-64.
8. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. ANS 1997;19(3):14-27.
9. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A, Parfrey PS. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. Nephron 1990;55(1):10-5.
10. Manenti L, Tansinda P, Vaglio A. Uraemic pruritus: clinical characteristics, pathophysiology and treatment. Drugs 2009;69(3):251-63.
11. Benz RL, Pressman MR, Hovick ET, Peterson DD. Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. AJKD 2000;35(6):1052-60.
12. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. JAN 2001;33(5):668-76.
13. สว่างวรรณ พิทยานฤมาน. การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาคใต้ ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริณญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
14. ศิริอร ลินธุ์, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, อรวรรณ ศรียุกตศุทธ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. J Nurs Sci 2011;29(Suppl 2):84-92.

15. ดวงรัตน์ มนโรสง. ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
16. จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์, นัยนา พิพัฒน์วิเศษ, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559;34(4):28-36.
17. รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์. ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
18. รัศมี บัณณสิทธิ์. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนัดตรวจติดตามอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
19. กัลยา บุญจันทร์. การติดตามตนเอง การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และอาการของภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
20. Almutary H, Bonner A, Douglas C. Which patients with chronic kidney disease have the greater symptom burden? a comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. JORC 2016;42(2):73-82.
21. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. SMJ 2016;68(3):160-70.
22. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
23. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น; 2553.
24. Choovichian V, Choovichian P, Nakakes A. Prevalence of cutaneous manifestations and pruritus of end-stage renal disease in patients on hemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at Phramongkutklao hospital. Thai Journal of Dermatology 2010;26(3):141-81.
25. Boonsiri M, Prompongsa S, Bunyaratavej M. Dermatology life quality index in Thai dialysis patients with cutaneous manifestations: a cross-sectional study and review. Vajira Med J 2015;59(1):11-20.

26. Thomas EA, Pawar B, Thomas A. A prospective study of cutaneous abnormalities in patients with chronic kidney disease. *Indian J Nephrol* 2012;22(2):116-20.
27. ธนิต จิรนนท์ธวัช, สมชาย เอี่ยมอ่อง, วิวัฒน์ ก่อกิจ. การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังในผู้ป่วย Dialysis. ใน: เกรียง ตั้งสง่า, สมชาย เอี่ยมอ่อง, บรรณาธิการ. *Hemodialysis. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น*; 2542. หน้า 853-4.
28. วิวัฒน์ ก่อกิจ. Cutaneous changes related to chronic renal failure. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, ขจร ตีรณธนากุล, ปวีณา สุลลจิตพงษ์, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, เกรียง ตั้งสง่า, บรรณาธิการ. *Textbook of Hemodialysis*. นครปฐม: เอ โอ พรินติ้ง; 2553. 1630-1.
29. เจริญ ชุนทากาญจน์. Pruritus. ใน: กาญจนา จันท์สูง, ประณิธิ หงสประภาส, บรรณาธิการ. *อาการ วิทยาทางอายุรศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2558. 355-9.
30. Berger TG, Steinhoff M. Pruritus and renal failure. *SCMS* 2011;30(2):99-100.
31. Hricik DE. Other manifestations of uremia. ใน: Hricik DE, Miller RT, Sedor JR, editors. *Nephrology secrets*. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2003. p.166-7.
32. Wang H, Yosipovitch G. New insights into the pathophysiology and treatment of chronic itch in patients with end-stage renal disease, chronic liver disease, and lymphoma. *International Journal of Dermatology* 2010;49(1):1-11.
33. Li J, Guo Q, Lin J, Yi C, Yang X, Yu X. Prevalence and associated factors of uraemic pruritus in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Intern Med* 2015;54(22): 2827-33.