

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ พยม.**

เขมรดี มาสิงบุญ D.S.N.***

สุภาภรณ์ ด้วงแพง พย.ด.****

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ระหว่าง อาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 217 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินอาการ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.96$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 1.02$) การปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมในบ้าน ครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ด้านสังคมและชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.56$, $SD = 0.01$; $\bar{X} = 2.52$, $SD = 0.97$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้าน อาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 15.6 โดยการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .212$, $p < .05$) สามารถทำนายได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ อาการ ($Beta = -.197$, $p < .01$)

ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมจัดการอาการ ควบคุมโรคร่วม เพื่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยให้ได้ดียิ่งขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (2) 86-99

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, อาการ, การปฏิบัติหน้าที่, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ได้รับการสนับสนุนทุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตถึง 70,000 คนต่อปี โดยมีประชาชนอย่างน้อย 40 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นอย่างมาก โดยคาดว่าในปี ค.ศ. 2010 จะเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลถึง 28 พันล้านเหรียญสหรัฐ¹ สำหรับในประเทศไทย พบว่า อัตราการตายของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคไตวายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2546-2551 เพิ่มขึ้นเท่ากับ 17.7 17.9 18.1 18.3 และ 19.5 ตามลำดับ² โดยมีการศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังของบุคลากรกองทัพอากาศ พบผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 0.1 และระยะที่ 5 ร้อยละ 0.05³ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องเตรียม และบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง และ/หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต แต่จากรายงานของคณะกรรมการคณะอนุกรรมการลงทะเบียนรักษาทดแทนไตของสมาคมโรคไต ประมาณการได้ว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถรับการบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะมีการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก ทำให้การขจัดของเสียออกจากร่างกาย การควบคุมสมดุลน้ำ กรดต่างในร่างกาย และการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น มีภาวะซีดและความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ตามมา เช่น อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก⁵

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดการคั่งค้างของของเสียอยู่ในร่างกาย ซึ่งของเสียที่คั่งมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเกือบทุกระบบ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายได้เพียงร้อยละ 70 ของคนปกติเท่านั้น⁶ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรค การดำรงไว้ซึ่งบทบาทต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง รวมถึงผลกระทบทางด้าน จิตใจ และสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะของโรคมีความรุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เร็วยิ่งขึ้น และจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดภาระแก่บุคคลในครอบครัว และกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลทั้งทางกายและทางสติปัญญา การปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การมีสมาธิ การคิด การจำ และการแก้ปัญหา⁷ หรือเมื่อกล่าวโดยภาพรวมการปฏิบัติหน้าที่เป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การคงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก⁸ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

ประกอบด้วย การทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ การแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำ การเดิน เช่น การเดินไปมาภายในบ้าน การเดินไปนอกบ้านหรือชุมชนเป็นต้น ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในการทำงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียนหรือกิจกรรมภายในบ้าน และกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นกีฬา⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น อายุ ความรุนแรงของโรค โรคร่วมอาการเหนื่อยล้า การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของดัชนีมวลกาย การบกพร่องทางการมองเห็น ความบกพร่องทางด้านสติปัญญาการมีข้อจำกัดของการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนปลาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ และปัจจัยส่วนบุคคลเช่น ระดับการศึกษา รายได้^{10,11,12} อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภายใต้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ เลนซ์ และคณะ⁷ จะพบว่า อาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองโดยรวมของโรค โรคแทรกซ้อน และการรักษา จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญาเช่นกัน โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านสรีระ เช่น พยาธิสภาพของโรค โรคร่วม ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ เช่น การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่ออาการและส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว และผู้สูงอายุ แต่การศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีข้อมูลค่อนข้างน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแล หรือส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติหน้าที่ก็จะช่วยให้พยาบาล มีการวางแผนและออกแบบการดูแล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์มีจุดเน้นเกี่ยวกับอาการ ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายและส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) อาการ (symptom) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ซึ่งประเมินได้ใน 4 มิติ คือ ความรุนแรง (intensity : strength or severity) ระดับความทุกข์ทรมาน (level of distress : degree of discomfort or bothersomeness) เวลา (timing : duration or frequency) และคุณภาพ (quality) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (antecedence : influencing factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีระวิทยา (physiologic factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์

(situational factors) และ 3) ผลที่ตามมาของอาการ (consequences) ได้แก่การปฏิบัติหน้าที่ (performance) ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสติปัญญา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก ทำให้มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย และเกิดอาการต่างๆ ตามมา เช่น เหนื่อยล้า คับ ตะคริว แสบร้อน/กระตุกที่ขา ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า¹³ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาจทำให้เกิดอาการอื่นตามมา⁷ เช่น อาการอ่อนเพลียก่อให้เกิดอาการวิตกกังวล¹⁴ ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของบุคคล เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติบทบาททางสังคมลดลง นอกจากนี้ ปัจจัยด้านโรคร่วม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ประกอบอาการที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง จึงทำให้มีการรับรู้อาการมากขึ้นทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่และการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ หรือได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ อาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research) ระหว่างอาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .20 ซึ่งเป็น ขนาดอิทธิพลเล็ก (small effect size) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 197 ราย¹⁵ ผู้วิจัยได้เพิ่มอีก 10 % เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 217 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง หรือ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการผ่าตัดเปลี่ยนไต
3. หากมีโรคร่วมทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต้องไม่มีอาการกำเริบ และไม่มีภาวะพิการที่จะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม หรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
4. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และมีเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา และจำนวนโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของพอร์ทีนอยด์และคณะ¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต มีทั้งหมด 13 อาการ โดยแต่ละอาการประเมินใน 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน โดยแต่ละมิติมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดของแต่ละอาการ จะเป็นคะแนนในภาพรวมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย นำไปทดสอบค่าความตรง

ตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .83 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนันทกา คำแก้ว¹⁷ ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้านๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร รวมคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนน โดยรวมทั้งหมดเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนช่วง 20.00-40.00 หมายถึง ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำต่ำ คะแนนช่วง 41.00-60.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คะแนนช่วง 61.00-80.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 1 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ Inventory of Functional Status-Dialysis

(IFS-Dialysis[®]) ของโทมัส ฮอร์กิน¹⁸ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และมีความเข้าใจวัฒนธรรมต่างชาติและวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างดีจำนวน 2 ท่าน เป็นผู้แปลโดยผู้เชี่ยวชาญคนแรกแปลเครื่องมือต้นฉบับเป็นภาษาไทย และผู้เชี่ยวชาญคนที่สองแปลเครื่องมือจากภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) จากศูนย์การแปลภาษาของมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง และความตรงของความหมายกับแบบประเมิน IFS-Dialysis ต้นฉบับ ซึ่งแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ที่สร้างมาจากแนวคิดการปรับตัวของรอย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคล ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในบ้าน ครอบครัว และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน มีข้อคำถาม ทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 4 ระดับ โดยใช้ช่วงคะแนน 1-4 คะแนน เกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือคะแนนช่วง 1.00-2.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้น้อย คะแนนช่วง 2.01-3.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้ปานกลาง และคะแนนช่วง 3.01-4.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้มาก นำไปหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ เท่ากับ .84 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่อง

มือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อผ่านการพิจารณารับรอง จึงดำเนินการวิจัย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ และเหตุผลของการทำวิจัย ผลดี และผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย และให้เวลากลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวหรือไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมตามการศึกษานี้เท่านั้น

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายทำความเข้าใจเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัยได้เข้าใจตรงกันในทุกข้อคำถาม และฝึกผู้ช่วยวิจัยในการใช้เครื่องมือจนทำได้เหมือนผู้วิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แฟ้มประวัติ

ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ส่วนแบบประเมินอาการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หลังจากนั้น ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ แล้วนำข้อมูลที่ ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 โดยข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายใช้การวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ครั้งนี้ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 63.9 ปี ($SD = 12.5$) และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.4 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.7 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 54.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 มีรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนระหว่าง 2,001 - 4,000 บาท ร้อยละ 31.3 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 61.8 และมีผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 60.4

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 58.5 เฉลี่ย 2.33 ($SD = .71$) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 5 ร้อยละ 75.1 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 40.1) โรค ร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 43.8 และ กลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุดเป็นกลุ่มยาโรคไต ร้อยละ 100 ผู้ป่วยร้อยละ 74.2 ไม่มีการนอนในโรงพยาบาลใน 1 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 25.8 เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยภาวะซีดร้อยละ 14.7

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ร้อยละ 18.5 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีค่าเฉลี่ย

67.16 ($SD = 72.90$) ร้อยละ 80.7 มีความดัน โลหิตอยู่ในระดับปกติ โดยมีความดันโลหิตเฉลี่ย 126/95 mmHg ($SD = 18.40$) ส่วนใหญ่มีภาวะ ซีดร้อยละ 67.7 โดยมีค่าเฮมาโตคริก เฉลี่ย 30.19% ร้อยละ 37.3 มีค่า BUN อยู่ในช่วง 41 - 60 mg/dl (เฉลี่ย 57.92) ร้อยละ 38.2 มีผล Creatinine อยู่ใน ช่วง 2.1 - 4 mg/dl (เฉลี่ย 5.69) และส่วนใหญ่มี ค่า Serum K, Na, Ca, และ PO_4 อยู่ในระดับปกติ

กลุ่มตัวอย่างรายงานอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 13 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ค้นผิวแห้ง ท้องผูก เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ วิดกกังวล หายใจลำบาก คลื่นไส้/อาเจียน แสบร้อน/กระตุกที่ ขา และอาการซึมเศร้า อาการวิงเวียน และความรู้สึก บวมตึงที่แขน/ขา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง รับรู้อาการเหนื่อยล้ามากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมา 7 อันดับได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อาการวิดกกังวล อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ อาการแสบ ร้อน/กระตุกที่ขา อาการค้นผิวแห้ง และอาการท้อง ผูก ร้อยละ 78.34, 69.58, 67.28, 65.89, 64.98, 60.37, และ 47 ตามลำดับโดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย ของอาการทั้งหมดเท่ากับ 62.39 ($SD = 25.93$)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 65.19 ($SD = 7.61$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การ สนับสนุนทางด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 17.10 ($SD = 2.33$) และด้านการประเมินค่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 15.35 ($SD = 1.96$)

การปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.6 มีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.63 ; $SD = 0.96$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การ ปฏิบัติหน้าที่ ด้านกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคล มี

คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (เฉลี่ย 3.04 ; $SD = 1.02$) และด้านกิจกรรมทางสังคม ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (เฉลี่ย 2.52 ; $SD = 0.97$)

ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย ระหว่าง อาการ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีผู้ป่วยจำนวน 189 รายจาก 217 ราย ที่มีโรคร่วม ผลการวิเคราะห์พบว่า อาการ และโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.276,$

$-.234$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .289$) อาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนาย การปฏิบัติหน้าที่ได้ ร้อยละ 15.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้มากที่สุด รองลงมาคือ อาการและโรคร่วม ตามลำดับ (Beta = .212, $-.197,$ และ $-.173$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ โรคร่วม การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 189$)

ตัวแปร	อาการ	โรคร่วม	การสนับสนุนทางสังคม	การปฏิบัติหน้าที่
อาการ	-			
โรคร่วม	.142	-		
การสนับสนุนทางสังคม	-.256**	-.155*	-	
การปฏิบัติหน้าที่	-.276**	-.234**	.289**	-

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

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอาการ โรคร่วม และ การสนับสนุนทางสังคม กับ การปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=189$)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	
อาการ	-.201**	-.197**	
โรคร่วม	-3.503**	-.173**	Intercept = 27.746
การสนับสนุนทางสังคม	.430*	.212*	$R^2 = .156, F(3,185) = 11.406***$

* = $p < .05,$ ** = $p < .01,$ *** = $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.96$) อธิบายได้ว่า พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง ทำให้การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก จึงมีการคั่งของของเสียในร่างกาย โดยพบผู้ที่มีค่า BUN ผิดปกติอยู่ในช่วง 41 - 60 mg/dl ร้อยละ 38.2 Creatinine ผิดปกติ อยู่ในช่วง 2.1 - 4 mg/dl ร้อยละ 83.4 ซึ่งของเสียที่คั่งอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา และอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย⁷ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ⁶ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.3) ซึ่งมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ตามวัย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้มีการเคลื่อนไหว เชื่องช้า การทรงตัวไม่ดี สายตาฝ้าฟาง จึงทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมที่พบหลายโรค โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67.3) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ผลต่อสมอง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลต่อตา ทำให้หิวประสาทตาบวม และผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหนาและตีบแข็ง¹⁹ ซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมลดลงได้

นอกจากนี้ การรักษาต่างๆ ที่ได้รับ ยังอาจมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยได้ด้วย เช่นในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ซึ่งทำหน้าที่กำจัดน้ำ/ของเสีย ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดอาการขาดน้ำ และมี

ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยท์บางตัว เช่น โซเดียม ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาขึ้น เช่น วิงเวียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีผื่นที่ผิวหนัง คลื่นไส้/อาเจียน ใจสั่น กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.6) ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงอาจทำให้เกิดอาการท้องเดิน ท้องผูก คลื่นไส้/อาเจียน อ่อนเพลีย เมื่อยล้า และซึมเศร้า²⁰ ฤทธิ์ข้างเคียงจากกลุ่มยาที่ได้รับ อาจส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้เช่นกัน ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้มากที่สุด ($r = .289$, $p < .01$, $Beta = .212$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านและบุคคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.4 และมีผู้ดูแลเป็นบุตรร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์ร้อยละ 93.1 และจากพยาบาลร้อยละ 81.6 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเรื่องโรคไตเรื้อรัง และโรคร่วม การควบคุมโรคไตเรื้อรัง และโรคร่วม ตลอดจนการจัดการอาการ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรค และอาการลดลง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งพบมาร้อยละ 75.1 มีการคั่งของของเสีย โดยมีผล BUN, Creatinine ผิดปกติ และผู้ป่วยรายงานอาการต่างๆ ที่พบถึง 13 อาการ แต่จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และไม่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวังมากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

การอยู่ร่วมกันกับคนอื่น ที่มีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ และมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ จิวสิบพงษ์¹⁰ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r = .412, p < .01$)

ปัจจัยด้านอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.276, p < .01$) และสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ ($Beta = -.197, p < .01$) อธิบายได้ว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มักมาจากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ จากโรคไตเรื้อรังเอง โรคร่วม การรักษาที่ได้รับ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 13 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า รongลงคือ อาการเบื่ออาหาร อาการ วิตกกังวล อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ อาการ แสบร้อน/กระตุกที่ขา อาการคันผิวหนัง อาการท้องผูก คลื่นไส้/อาเจียน ซึมเศร้า หายใจลำบาก บวมตึงที่แขน/ขา และวิงเวียน ตามลำดับ ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ของบุคคล⁷ โดยอาการเหนื่อยล้าซึ่งพบในผู้ป่วยทุกราย อาจส่งผลให้ร่างกายเกิดความต้องการการพักผ่อน ไม่อยากมีกิจกรรม และหากเกิดความเหนื่อยล้าเป็นเวลานาน ๆ จะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้²¹ จึงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง นอกจากนี้ อาการ คั้น อาการปวด อาการตะคริว วิตกกังวล จะส่งผลต่อการนอน ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ และไม่มี

คุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการจำและ คิววิเคราะห์ ทำให้เกิดการรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน²² จะเห็นว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเคอร์ทินและคณะ²³ ที่ศึกษาประสบการณ์อาการต่อการทำกิจกรรมทางกายและจิตใจ ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 307 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกาย ได้แก่ อาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความรู้สึกเหนื่อยล้า คั้นผิวหนังปากแห้ง/กระหายน้ำ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกและข้อ และตื่นแล้วหลับยาก ตามลำดับ

โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ ($r = -.234, p < .01$) และสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ ($Beta = -.173, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีโรคร่วม 2 โรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอาการวิงเวียน และอาการปวดศีรษะ จึงทำให้ความทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง²⁴ นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังเองยังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซีดร้อยละ 67.7 ค่าเฮมาโตคริก เฉลี่ย 30.19 ทำให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าได้ง่าย ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ ในชีวิตประจำวันจึงลดลง กลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินและคณะ⁵ พบว่า โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p < .001$)

จะเห็นได้ว่าผลจากการศึกษาพบว่า อาการภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของเลนซ์และคณะ⁹ ที่กล่าวไว้ว่าปัจจัยด้านบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการรับรู้อาการต่างๆ แตกต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของบุคคลโดยตรง เช่นเดียวกับผลที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในครั้งนี้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การให้การดูแลผู้ป่วย ควรมุ่งเน้นการจัดการอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะอาการเหนื่อยล้า ซึ่งพบในผู้ป่วยทุกคน และยิ่งอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่อาการอื่นๆ ที่พบตามมา ซึ่งหากผู้ป่วยจัดการกับอาการนี้ได้ อาการอื่นๆ ที่พบบ่อยจะมีความรุนแรง หรือเกิดขึ้นน้อยลง

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

โดยมุ่งส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การควบคุมอาการต่างๆ และควบคุมภาวะโรคร่วม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ว่ามีอาการอะไรบ้างที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อนำไปสู่การจัดการอาการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น ระยะเวลาและความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guideline for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. [cited 2009 October 15] Available from: URL: <http://www.kidney.or/kdoqi/guideline-ckd/toc.htm>.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สรุปลัทธิสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2551* กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551

3. ตีรวิรัตน์ เรื่องจ้อย. Approach and management chronic kidney diseases. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, ธนินดา ตระการวนิช และวสันต์ สุเมธกุล, บรรณาธิการ. Highlight in nephrology for internist. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2551. หน้า 247-59
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. **สาระความรู้เรื่องโรคไต.** [วันที่เข้าถึงข้อมูล 15 ธันวาคม 2552] Available from <http://www.nephrothai.org>.
5. Lin CY, Lin LY, Kou H K, Lin JN. Chronic kidney disease atherosclerosis and cognitive and physical function in geriatric group of the national health and nutrition survey 1999-2002. **Atherosclerosis** 2009; 202(1): 312-19.
6. Heiwe S, Clyne N, Dahlgren MA. Living with chronic renal failure: Patients experience of their physical and functional capacity. **Physiother Res Int** 2003; 8(4): 167-77.
7. Lenz E, Pugh L, Milligan R, Gift A, Suppe F. The middle range theory of unpleasant symptom: An update. **ANS Adv Nurs Sci** 1997; 19(3): 14-27.
8. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. **Nurs Res.**1994; 43(4): 196-02.
9. Stewart AL, Brook RH. Effect of being overweight. **AM J Public Health.**1983; 73(2): 171-78.
10. วรณีย์ จิวสีบพงษ์. **ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
11. O, Sullivan D, McCarthy G. An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. **J Clin nurs** 2007; 16(11): 276-84.
12. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. **So Sci Med** 1999; 48(4):445-69.
13. Murtagh FEM, Adington-Hall JM, Donohoe P, Higginson IJ. Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. **EDTN ERCA J** 2006; 32(2): 93-8.
14. เบลจุมภรณ์วงศ์ประเสริฐ. **สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
15. Polit DF, Hungler BP. **Nursing Research Principles and Methods.** 6nded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999
16. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore J.M, Friedlander-Klar K, Coyle N, Smart-Curley, T, Kemeny N, Norton L, Hoskins W, Scher H. (1994). Symptom prevalence, characteristics, and distress in a cancer population. **Qual Life Res** 1994; 3(3): 183-9
17. นันทกา คำแก้ว. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไวดวายเรื้อรัง.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
18. Thomas-Hawkins C. Assessing role activities of individuals receiving long-term hemodialysis: psychometric testing of the revised Inventory of functional status-dialysis (IFS-DialysisR). **Int J Nurs Stud** 2004; 42(6): 687-94
19. Porth CM. Disorder of renal function. In CM Porth, G Matfin. **Pathophysiology concept of altered Health status.** 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P. 855-74

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

20. โสภิต ธรรมอารี. ยากอกฤทธิต่อไตและระบบหัวใจและหลอดเลือด. ใน คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา บรรณธิการ. **เภสัชวิทยา** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. หน้า. 229-59
21. Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue mechanism in cancer patients: developing nursing therapy. **Oncol Nurs Forum** 1987; 14(6): 17-22.
22. Modjod D. **Insomnia experience, management strategies, and outcome in ESRD patients undergoing hemodialysis.** (Master,s thesis, Adult nursing) Mahidol University; 2007
23. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BA, Schatell D. Hemodialysis patients symptom experience: Effects on physical and mental functioning. **Nephrol Nurs J** 2002; 29(6): 562-74
24. Bradley EG. Nursing management hypertension. In S L Lewis, M M. Heitkemper, S R Dirksen, P G O, Brien, L Bucher Eds. **Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problem.** 7thed. St Louis: Mosby; 2007. p. 761-82

Predictors of Functional Performance in Patients with Chronic Kidney Disease*

*Pensri Jitchan, M.N.S.***

*Khemaradee Masingboon, D.S.N.****

*Supaporn Duanpaeng, D.N.S.*****

Abstract: The purpose of this correlational predictive design was to examine predictors of functional performance including symptoms, co-morbidity and social support among patients with chronic kidney disease. Two hundred and seventeen patients who had no renal replacement therapy. The sample were recruited from the Out Patient Department, Suppasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. The instruments consisted of the Personal Data Record Form, the Functional Performance Inventory of Chronic Kidney Disease. (Thai Version), the modified Symptom Assessment Scale, and the Social Support Questionnaire. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze data.

Results of the study revealed that patients with chronic kidney disease who had no renal replacement therapy reported having overall scores of functional performance at the moderate level ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.96$). Considering each dimension of functional performance, the scores of personal care activities were at the highest score ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 1.02$), and the scores of household activities and community activities were at the moderate level ($\bar{X} = 2.56$, $SD = 0.10$; $= 2.52$, $SD = 0.97$ respectively). Symptoms, co-morbidity, and social support significantly predicted functional performance among patients with chronic kidney disease who had no renal replacement therapy and accounted for 15.6 percents of variance ($p < .001$). Social support was the best predictor to functional performance ($Beta = .212$ $p < .05$) and symptoms was the second predictor of functional performance ($Beta = -.197$, $p < .01$).

Results of the study provide basic knowledge in nursing practice for promote functional performance by enhancing social support, symptoms management and disease specific control in order to promote their functional performance effectively.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2) 86-99

Keyword : Predictors, Symptoms, Functional performance, Chronic kidney disease patients

*Thesis of Master Nursing sciences (Adult Nursing), Faculty of nursing, Burapha University.

**RN, Suppasittiprasong Hospital.

***Lecturer, Faculty of nursing, Burapha University.

****Assistant Professor, Faculty of nursing, Burapha University.