

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Factors Predicting Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients

อาทิทยา อติวิชยานนท์, พย.ม.^{1*} สายฝน ม่วงคุ้ม, Ph.D.¹ วชิราภรณ์ สุมณวงศ์, พย.ม.²

Artittaya Artiwichayanon, M.N.S., Saifone Moungkum, Ph.D., Wachiraporn Sumonwong, M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยประกอบด้วยภาวะโภชนาการ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับการรักษาที่คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 119 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ 3) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 4) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และ 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าวิเคราะหข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าใน ร้อยละ 50.42 ภาวะโภชนาการ และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 24.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อสามารถวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว และส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ

คำสำคัญ: การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This research aimed to examine predictors of depression based on factors including nutritional status, health literacy and family support among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. One hundred and nineteen participants were attending outpatient department, CAPD clinic at Chonburi hospital and Burapha university hospital. The instruments consisted of 1) personal data record form, 2) Mini Nutrition Assessment scale, 3) health literacy scale, 4) social support scale and 5) patient health questionnaire-9. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results showed 50.42% of participant had depression. Nutritional status and family support could explain 24.1% variability in depression ($p < .05$). These findings suggest that health care providers should screening depression among CAPD patients periodically to help clients correctly and rapidly and encourage family support appropriately. Moreover, they should advise to promote nutritional status.

Key words: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Depression

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) email: artittaya.ar@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต หนึ่งในวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เป็นจำนวนมากคือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน ลดภาระค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมถึงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Griva et al., 2014; Pang Sri, Panpakdee, & Phinitkhajorndech, 2015; Wright & Wilson, 2015)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนับเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยไม่แตกต่างจากการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีอื่น แต่มีรายงานว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Lin et al., 2011) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 39-53.8 (Baykan & Yargic, 2012; Bilgic et al., 2008; Griva et al., 2014; Ko et al., 2010) ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 31-47.3 (Artiwitchayanon, Keeratiyutawong, & Duangpaeng, 2015; Sindhu, Varitsakul, & Sriyuktasuth, 2011) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการรักษาที่เป็นไปเพื่อประคับประคองการทำงานของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคโดยผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องเป็นผู้ปฏิบัติเองทั้งหมด ตั้งแต่การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทั้งหมดนี้แม้จะอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเองและมีชีวิตอยู่กับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเป็นกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ การไม่ได้ประกอบอาชีพ ความรุนแรงของโรครวมทั้งเพิ่มมากขึ้น ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงและระยะเวลาในการ

รักษาที่ยาวนาน (Lin et al., 2011; Sindhu et al., 2011) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง และขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลสุขภาพได้อย่างปกติ และเป็นเหตุให้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบสูงขึ้น รวมถึงมีภาวะโภชนาการต่ำ และมีค่าการอักเสบสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Ko et al., 2010; Li et al., 2011) ซึ่งผลพวงของภาวะติดเชืวยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Turkmen et al., 2014) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตแย่ลง (Atalay et al., 2010) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นด้วย (Griva et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตเป็นเวลานาน ความสามารถในการกรองของไตต่ำ ภาวะโภชนาการและการอักเสบ (Li et al., 2011) สถานภาพสมรส ความถี่ในการล้างไต การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต (Nabolsi et al., 2015) คุณภาพการนอน ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าอัลบูมิน ค่าการอักเสบ (CRP) (Ko et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคม (Lin et al., 2013) และความแตกฉานด้านสุขภาพ (Zou, Chen, Fang, Zhang, & Fan, 2016) ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมักมีภาวะขาดโภชนาการ อันเป็นผลมาจากภาวะของโรค ซึ่งภาวะขาดโภชนาการอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะขาดโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Li et al., 2011; Ko et al., 2010) ความแตกฉานทางด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการล้างไต และดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ แล้ว ผู้ป่วยจะต้องรู้หลักการปฏิบัติและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินที่ต้องแก้ไขได้อย่างถูกต้อง หรือ

ตัดสินใจได้ว่าอาการใดที่สามารถแก้ไขได้เองหรือควรมารักษาที่โรงพยาบาล ความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องนับเป็นความแตกต่างทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมี การมีความแตกต่างทางด้านสุขภาพไม่เพียงพออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างไตหรือวิธีการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ ได้ ส่งผลให้สุขภาพแย่ลงและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากการศึกษาพบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Zou et al., 2016) การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรักษาที่ปฏิบัติเองที่บ้านและนโยบายของการคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถล้างไตทางช่องท้องได้คือต้องมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน กรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตเองได้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ปฏิบัติแทนผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนช่วยสนับสนุนในด้านอื่น ๆ อีกด้วย และจากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Lin et al., 2013) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรดังกล่าวเนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องยังมีจำกัดและไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

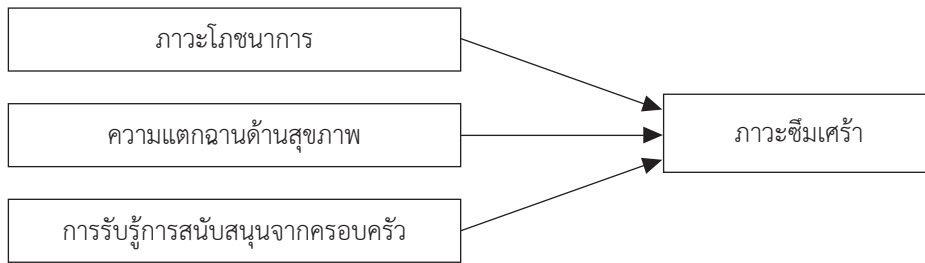
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ความแตกต่างด้านสุขภาพ และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis, Sawyer, Im, Messias and Schumacher (2000) โดยกล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านเป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะหนึ่งไปสู่สภาวะหนึ่งของชีวิต การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่มีระยะหรือขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ประการคือ 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ และ 4) การเปลี่ยนผ่านตามระบบองค์กร โดยการเปลี่ยนผ่านมีแบบแผนที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนผ่านอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยวหรือหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ทั้งนี้ Meleis et al., (2000) กล่าวว่า บุคคลมักมีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านอย่างน้อย 2 ชนิดในเวลาเดียวกัน ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะเกิดการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพ กล่าวคือ จากโรคไตเรื้อรังผ่านเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเกิดการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การรักษาคือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวจากสภาวะปกติไปสู่สภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต คือ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องทุกวัน การต้องมีสายติดหน้าท้องตลอดเวลา รวมถึงการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นับเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยระยะเวลา ความพร้อมหรือความสมบูรณ์ทางร่างกาย ความแตกต่างทางด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการเป็นผู้มีความรู้ในด้านสุขภาพและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี จนสามารถยอมรับและรู้สึกมั่นคงในวิถีชีวิตใหม่ จึงจะถือว่าเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดการทำวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis et al., (2000) คือ ภาวะโภชนาการ ความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทำวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทำนาย (predictive design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - มกราคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา มากกว่า 3 เดือน มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ G. power version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .15 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นค่ามาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระจำนวน 3 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 ราย ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และทำการสุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 1) ลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับ

การศึกษาอาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ ความพึงพอใจของรายได้กับรายจ่าย 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2. แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini nutrition assessment (MNA[®]) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ พัฒนาขึ้นโดยศูนย์วิจัยเนสเล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศูนย์วิจัยเนสเล่ ประเทศไทยเป็น แบบประเมิน MNA[®] ได้มีการนำมาทดสอบพบว่า มีค่าความไวเท่ากับ .96 และค่าความจำเพาะเท่ากับ .98 และความสามารถในการทำนายเท่ากับ .97 (Vellas et al., 1999) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .083 (Bleda, Bolibar, Pares & Salva, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเพื่อการคัดกรองจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามประเมินภาวะโภชนาการจำนวน 12 ข้อ แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ทั้งหมด 0 - 30 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะโภชนาการปกติ (24 - 30 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (17 - 23.5 คะแนน) และมีภาวะขาดสารอาหาร (<17 คะแนน)

3. แบบประเมินความตลกานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตลกานด้านสุขภาพ โดยการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความตลกานด้านสุขภาพของ Hachuk and Wattanakitkrialeat (2013) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Parker et al., (1995) ผู้วิจัยได้ปรับภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของข้อคำถาม และนำแบบ

ประเมินที่ได้ปรับแก้ไข ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 แบบประเมินมีลักษณะให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่กำหนดในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก โดยให้เลือกว่าถูกหรือผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ทั้งหมด 0 - 22 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0 - 12 คะแนน) มีความแตกฉานด้านสุขภาพกำลัง (13 - 16 คะแนน) และ มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (17 - 22 คะแนน)

4. แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต่อการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และ/หรือเพื่อนสนิทที่มาอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัว 2) เครือญาติ 3) เพื่อนบ้าน 4) เพื่อนร่วมงาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Supicha, Linchong and Daungruedee (2013) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 1 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน จำนวน 2 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรฐานค่าตั้งแต่ 1 - 4 โดย 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 12 - 48 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ (12 - 23 คะแนน) การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง (24 - 35 คะแนน) และการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (36 - 48 คะแนน)

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ซึ่งใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า และนำมาปรับใช้ในคนไทย โดย Lotrakul, Sumrithe, and Saipanish (2008) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 มีค่าความไวเท่ากับ .84 และค่าความจำเพาะเท่ากับ .77 (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรฐานค่าตั้งแต่ 0 - 3 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการตามข้อนั้น จนถึง 3 คะแนน หมายถึงมีอาการตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้ระหว่าง 0 - 27 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (< 7 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้ายกระดับน้อย (7 - 12 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้ายกระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และ มีอาการของโรคซึมเศร้ายกระดับรุนแรง (\geq 19 คะแนน)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาเครื่องมือมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นคือ แบบประเมินภาวะโภชนาการ .81 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว .93 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า .80 ส่วนแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสโครงการวิจัย Sci 050/2560) และโรงพยาบาลชลบุรี (รหัสวิจัย 11/61/O/h3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการที่ระบุไว้ในโครงการวิจัย คือ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ทั้งนี้สามารถถอนตัวหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรบริการที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น เมื่อ

กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอม
เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน
ดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัย
บูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลชลบุรี เมื่อผ่านการ
รับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกล้างไตทางช่องท้อง
เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการวิจัย
และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดป้ายประชาสัมพันธ์ และให้เจ้าหน้าที่
ช่วยประชาสัมพันธ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อมี
อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดสนใจเข้าร่วม
การวิจัย ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random
sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่
กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจ โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ
เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วม
การวิจัยได้โดยอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย
แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการทำแบบประเมินอย่างละเอียด
ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน
ประมาณ 30 นาทีต่อคน ขณะตอบแบบประเมิน หากมี
ข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยช่วย
อ่านแบบสอบถามรวมทั้งคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ
และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน
หากพบข้อใดไม่มีคำตอบ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้
ครบถ้วน แล้วนำข้อมูลที่ได้ ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดย
กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดย
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการ ความแตกฉาน
ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง การรับรู้การสนับสนุนจาก
ครอบครัว และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการหาความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้าน
ภาวะโภชนาการ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับรู้
การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
ใช้ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน
(stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.4) มีอายุเฉลี่ย 58.18 ปี ($SD =$
12.48) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.2) จบการศึกษาระดับ
ประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 88.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ
(ร้อยละ 80.7) เป็นสมาชิกครอบครัวที่ไม่มีรายได้มากที่สุด
(ร้อยละ 78.2) มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 50.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
16,245.61 บาท ($SD = 14,654.31$) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย
(ร้อยละ 52.1)

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.1 โดยโรคประจำตัวที่
พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 47) กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 54.19 เดือน ($SD = 67.87$)
ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่า 48 เดือน (ร้อยละ 36.1)
และได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
เฉลี่ย 31.84 เดือน ($SD = 25.6$) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในช่วง 3 - 12
เดือน (ร้อยละ 36.1) และหลังได้รับการรักษา
ด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (ร้อยละ 51.3) โดย
พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ การติดเชื้อใน
เยื่อช่องท้อง (ร้อยละ 41.49) รองลงมาคือ ภาวะน้ำเกิน

(ร้อยละ 25.53)

2. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา

ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 20.65, SD = 3.42$) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 19.36, SD = 2.39$) หมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 43.35, SD = 6.09$) หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 7) จำนวน 60 คน ($N = 119$) คิดเป็นร้อยละ 50.4 ($M = 11.13, SD = 3.88$) โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าระดับกลางจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีภาวะซึมเศร้าระดับสูงจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของภาวะซึมเศร้า ($n = 119$)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	59	49.58	3.51	1.88
มีภาวะซึมเศร้า	60	50.42	11.13	3.88
มีอาการของโรคซึมเศร้ามัธยस्थ	45	75		
มีอาการของโรคซึมเศร้ามัธยस्थปานกลาง	10	16.67		
มีอาการของโรคซึมเศร้ามัธยस्थรุนแรง	5	8.33		
รวม	119	100		

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าคุณพบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ ไม่มี Outlier ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ไม่มี Multicollinearity ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.04 ไม่เกิด Autocorrelation ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ ส่วนการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความแตกฉาน

ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ภาวะโภชนาการ และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 24.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยภาวะโภชนาการมีอำนาจในการทำนายมากที่สุด ($\beta = -.42, p < .001$) รองลงมาคือการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = -.23, p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยแบบมีขั้นตอน ของภาวะโภชนาการ และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 119$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE(b)	β	t	p
ภาวะโภชนาการ	-.607	.116	-.424	-5.237	< .001
การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว	-.183	.065	-.229	-2.823	< .05
ค่าคงที่	27.838	3.635		7.659	< .001

$R^2 = .241, F_{(2, 116)} = 18.4, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.42 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับงานวิจัยในครั้งที่ผ่านมา โดยการศึกษาของ Sindhu et al. (2011) พบว่าผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 และการศึกษาของ Artiwitachayanon et al. (2015) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.3 ซึ่งการศึกษาทั้งหมดนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 (Patient Health Questionnaire - 9) สะท้อนให้เห็นว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 53.3 - 53.8 (Baykan & Yargic, 2012; Bilgic et al., 2008; Ko et al., 2010) นับว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงมาก

อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เพิ่มขึ้น เช่น ปัจจัยด้านอายุ และการไม่ได้ประกอบอาชีพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.9 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko et al. (2010) Sindhu et al. (2011) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนด้านอื่น ๆ ตามมา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะติดเชื้อมีเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 41.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li et al. (2011) ที่พบว่า ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโภชนาการสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์หรือมีภาวะโภชนาการที่ดี จะมีความพร้อมทางด้านร่างกาย และนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องได้อย่างสมบูรณ์ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีภาวะขาดโภชนาการ ทำให้มีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ

การขาดความพร้อมทางด้านร่างกายอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมักมีภาวะขาดโภชนาการเนื่องจาก ภาวะของโรคที่ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อการอดัดแน่นท้องที่ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ประกอบกับการสูญเสียอัลบูมินออกไปกับน้ำยาล้างไต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko et al., (2010) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li et al., (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะขาดโภชนาการในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ปัจจัยทั้งสองประการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะโภชนาการสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ประกอบหนึ่งของความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน คือปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน และแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน หากขาดการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ หรือการเผชิญด้านลบจากบุคคลอื่น อาจเป็นปัจจัยที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่านได้ ทั้งนี้เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลปฏิบัติเอง กรณีผู้ป่วยไม่สามารถล้างไตเองได้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ปฏิบัติแทนผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา และสมาชิกครอบครัวยังมีส่วนช่วยสนับสนุนปัจจัยด้านอื่น ๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การดูแลเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การพามาพบแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอจะทำให้ขาดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังเช่นการศึกษาของ Lin et al. (2013) เรื่องผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและวิธีการเผชิญความเครียดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Zou et al. (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Dodson, Osicka, Huang, McMahon and Roberts (2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า กลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพสูง ส่วนในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายไม่สามารถล้างไตได้เองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความแตกฉานทางด้านสุขภาพเพียงพอที่จะสามารถให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างได้ดี ปัจจัยในด้านความแตกฉานทางด้านสุขภาพจึงอาจไม่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า จึงสรุปได้ว่า แม้ผู้ป่วยมีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ แต่หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี หรือมีผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการล้างไตทางช่องท้อง รวมถึงตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแทนผู้ป่วยได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอแต่อาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น การไม่ได้ประกอบอาชีพ การขาดรายได้ รวมถึงได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่ดีเท่าที่ควร ก็อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 50.42 จึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นระยะ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเริ่ม สามารถให้การดูแลรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สามารถ

ป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว ให้ความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้งบประมาณสนับสนุนการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

Reference

- Artiwitchayanon, A., Keeratiyutawong, P., & Duangpaeng, S. (2015). Predictors of Self Management in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(2), 172-185. [in Thai]
- Atalay, H., Solak, Y., Biyik, M., Biyik, Z., Yeksan, M., Uguz, F., Guney, I., Tonbul, H. Z., & Turk, S. (2010). Sertraline treatment is associated with an improvement in depression and health-related quality of life in chronic peritoneal dialysis patients. *International urology and nephrology*, 42(2), 527-536.
- Baykan, H., & Yargic, I. (2012). Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 167-176.
- Bilgic, A., Akman, B., Sezer, S., Ozisik, L., Arat, Z., Ozdemir, F. N., & Haberal, M. (2008). Predictors for quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Nephrology*, 13(7), 587-592.

- Bleda, M. J., Bolibar, I., Pares, R., & Salva, A. (2002). Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 6*(2), 134-137.
- Dodson, S., Osicka, T., Huang, L., McMahon, L. P., & Roberts, M. A. (2016). Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: Associations with psychological stress and quality of life. *Journal of Health Communication, 21* (sup2), 91-98.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods, 41*(4), 1149-116.
- Griva, K., Kang, A. W., Yu, Z. L., Mooppil, N. K., Foo, M., Chan, C. M., & Newman, S. P. (2014). Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Quality of Life Research, 23*(1), 57-66.
- Griva, K., Kang, A. W., Yu, Z. L., Lee, V. Y., Zarogianis, S., Chan, M. C., & Foo, M. (2016). Predicting technique and patient survival over 12 months in peritoneal dialysis: the role of anxiety and depression. *International urology and nephrology, 48*(5), 791-796.
- Hachuk, W., & Wattanakitkrialeat, D. (2013). The influence of uncertainty in illness, health literacy, and social support on quality of life of patients with heart failure. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 25*(1), 79-92.
- Ko, G. J., Kim, M. G., Yu, Y. M., Jo, S. K., Cho, W. Y., & Kim, H. K. (2010). Association between depression symptoms with inflammation and cardiovascular risk factors in patients undergoing peritoneal dialysis. *Nephron Clinical Practice, 116*(1), c29-c35.
- Li, Z. J., An, X., Mao, H. P., Wei, X., Chen, J. H., Yang, X., Zhou, S. F., Li, Z. B., & Yu, X. Q. (2011). Association between depression and malnutrition-inflammation complex syndrome in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *International Urology and Nephrology, 43*(3), 875-882.
- Lin, J., Guo, Q., Ye, X., Li, J., Yi, C., Zhang, X., Wu, X., Cao, P., Yu, X., Zhu, L., Lin, X., Yang, X., & Yu, X. (2013). The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *International Urology and Nephrology, 45*(2), 527-535.
- Lin, Y. H., Yang, Y., Chen, S. Y., Chang, C. C., Chiu, P. F., & Huang, C. Y. (2011). The depression status of patients with end-stage renal disease in different renal replacement therapies. *International Journal of Urological Nursing, 5*(1), 14-20.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-144x/8/46>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

- Nabolsi, M. M., Wardam, L., & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on hemodialysis. *International Journal of Nursing Practice, 21*(1), 1-10.
- Pangsri, S., Panpakdee, O., & Phinitkhajorndech, N. (2015). Factors Predicting Health-related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients Receiving Dialysis in Chanthaburi Province. *Journal of Nursing and Education, 8*(3), 66-80. [in Thai]
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine, 10*(10), 537-541.
- Sindhu, S., Varitsakul, R., & Sriyuktasuth, A. (2011). Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients. *Journal of Nursing Science, 29*(2), 85-92. [in Thai]
- Supicha, A., Linchong, P., & Daungruedee L. (2013). Self - Management Behaviors and Predicting Factors in Elders with End Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing Journal, 40*, 22-32. [in Thai]
- Turkmen, K., Guney, I., Yazici, R., Arslan, S., Altintepe, L., & Yeksan, M. (2014). Health-related quality of life, depression and mortality in peritoneal dialysis patients in Turkey: Seven-year experience of a center. *Renal failure, 36*(6), 859-864.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition, 15*(2), 116-122.
- Wright, L. S., & Wilson, L. (2015). Quality of life and self-efficacy in three dialysis modalities: incenter hemodialysis, home hemodialysis, and home peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal, 42*(5), 463-477.
- Zou, H., Chen, Y., Fang, W., Zhang, Y., & Fan, X. (2016). The mediation effect of health literacy between subjective social status and depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research, 91*, 33-39.