

ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวรัศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์

ศูนย์วิทยพัทยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ANXIETY, DEPRESSION, AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH  
CHRONIC KIDNEY DISEASE IN DEPARTMENT OF MEDICINE,  
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Rahsamee Bannasitrath

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(นายแพทย์ วิทยา วันเพ็ญ)

รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์ : ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ANXIETY, DEPRESSION, AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN DEPARTMENT OF MEDICINE, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.นพ.พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย, 112 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) มีอายุเฉลี่ย 50.77 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมานานกว่า 5 ถึง 10 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.1) ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 61 มีภาวะแทรกซ้อนคือโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบมีภาวะวิตกกังวล 9 ราย (ร้อยละ 8.6) มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน 16 ราย (ร้อยละ 15.2) มีภาวะซึมเศร้า 11 ราย (ร้อยละ 10.5) มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน 17 ราย (ร้อยละ 16.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $p < 0.05$ ) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ สถานภาพ การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.05$ ) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $p < 0.01$ ) และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ( $p < 0.05$ )

สรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความชุกของภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 8.6 มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลและเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวลได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้แก่ สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์.....  
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... นพ.พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย  
ปีการศึกษา..2552.....

## 5174816530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ANXIETY/ DEPRESSION/ CHRONIC KIDNEY DISEASE

RAHSAMEE BANNASITRATH : ANXIETY, DEPRESSION, AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN DEPARTMENT OF MEDICINE, KING, CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, M.D., 112 PP.

**Objectives:** To identify the prevalence of anxiety, depression, and the associated factors in patients with chronic kidney disease in Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital

**Method:** One hundred and five chronic kidney disease patients, aged above 18 years old, were recruited from Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital during October 2009.

All the participants completed four questionnaires: 1) Socio-demographic Questionnaire, 2) Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), 3) Thai Interpersonal Questionnaire, and 4) Family Relationship and Functioning Questionnaire. The associated factors of anxiety and depression were analyzed by chi-square test. Logistic regression was used to identify the predictors of anxiety and depression in chronic kidney disease patients.

**Result:** There were 105 participants with chronic kidney disease. Most of them (61%) were female. The average age was 50.77 years. Most of them were married and had lower than bachelor 's degree education. Most of them were employed and had income above 10,000 bath/month. The duration of their illness were 5-10 years. Most of them (77.1%) received the medical treatment. Sixty-one percent had hypertension as their complications. Nine participants (8.6%) had anxiety; 16 (15.2%) were doubtful case of anxiety. Eleven participants (10.5%) had depression; 17 (16.2%) were doubtful case of depressive . The associated factors of anxiety were interpersonal deficits, and coronary artery disease (p<0.05), while those of depression were age, marital status, occupation, income, duration of illness, and coronary artery disease (p<0.05). The predictors of anxiety were coronary artery disease (p<0.05) and interpersonal deficits (p<0.01), while those of depression were single/divorced or separated/widowed status (p<0.05).

**Conclusion:** Chronic kidney disease patients had the prevalence of anxiety 8.6%, and depression 10.5%. The associated factors and predictors of anxiety were coronary artery disease and interpersonal deficits, while those of depression were single/divorced or separated/widowed status (p<0.05).

Department : .....Psychiatry.....Student's Signature *Rahsamee Bannasitrath*

Field of Study : .....Mental Health..... Advisor's Signature *Peeraphon Lueboonthavatchai*

Academic Year : ...2009.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่คอยให้คำแนะนำเอาใจใส่ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่างๆโดยใช้เหตุผลพร้อมทั้งเสนอแนะข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตาเสมอมา ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์วิทยา วันเพ็ญ ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทที่ได้อนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย(Thai HADS)

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกโรคไต ภาวชั้น 3 และหน่วยโรคไตตึกธนาคารกสิกรไทยที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยขอขอบพระคุณความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยสนับสนุนเป็นกำลังใจ คอยเป็นแรงบันดาลใจให้สำเร็จลุล่วงแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ และให้ความสะดวกตลอดที่เข้ามาศึกษา

ศูนย์บริการสุขภาพ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคไตเรื้อรัง.....	8
ภาวะวิตกกังวล.....	35
ภาวะซึมเศร้า.....	38
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	43

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
รูปแบบการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง.....	56
ตอนที่ 2 ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	62
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	63
ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	112



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงการแบ่งกลุ่มของโรคไตเรื้อรัง.....	10
2	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
3	แสดงข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
4	แสดงข้อมูลทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
5	แสดงข้อมูลภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล.....	59
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะวิตกกังวล	61
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะวิตกกังวล.....	63
9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า.....	64
10	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า...	66
11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า.....	68
12	แสดงปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
13	แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	71

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคไตทั่วประเทศที่ยังมีชีวิตและอยู่ระหว่างการรักษาประมาณ 14,000 คน และคาดว่าอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยจะสูงขึ้นสำหรับประเทศไทยนั้น จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2547-2550) คนไทยป่วยเป็นโรคไตวายเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว กล่าวคือจาก 217.04 คนต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 395.79 คนต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2550 และพบว่าผู้หญิงป่วยเป็นโรคไตวายสูงกว่าผู้ชาย

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง พบได้ทั่วโลกในต่างประเทศ พบอัตราการเป็นโรคไตเรื้อรังในชาวอเมริกันเกือบ 20 ล้านคน นั่นคือเพิ่มขึ้นจาก 142 คนต่อล้านประชากรเป็น 296 คนต่อล้านประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างปี ค.ศ. 1987-ค.ศ. 1997 จากการรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ (International Society Of Nephrology) ในปี 2548 คาดว่ามีผู้ป่วยโรคไตประมาณ 300-500 ล้านคน และคาดว่าในอีก 19 ปี หรือประมาณปี 2568 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ชาวโลกเสียชีวิตถึง 36 ล้านคนต่อปี โรคไตเรื้อรังนี้จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่พบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี<sup>1)</sup>

ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกซึ่งได้แก่ ภาวะซีด การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง อาการแทรกซ้อนของระบบประสาท ความเสื่อมของกระดูก และในการรักษาและการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม นอกจากการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาหรือต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากมากกว่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลบุตรหลานได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการเข้าร่วมทำกิจกรรมหรือเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมที่ไม่บ่อยเหมือนในอดีต เนื่องจากการเจ็บป่วยของตนเองก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ท้อแท้ในชีวิต เป้าหมายต่อภาวะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เกิดปัญหาทางจิตใจที่รุนแรงนั่นคือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (ร้อยละ 41.9) รู้สึกเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 54.9) และเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากที่ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ที่ลดลง และภาวะซีดที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดอาการซีมเศร้า รวมถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา<sup>(2)</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้นำข้อมูลด้านวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้บุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมผู้ป่วย ใช้ในการวางแผนดูแลรักษา ส่งเสริมและป้องกัน รวมถึงฟื้นฟูผู้ป่วยไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่อะไรบ้าง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซีมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยปัจจัยต่างๆที่ศึกษามีทั้งหมด 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยส่วนบุคคล โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคไตแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2552

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากทำการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะทางสังคมประชากรและลักษณะของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อระดับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ และเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ จึงไม่สามารถระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้ ทราบได้แต่เพียงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะวิตกกังวล (anxiety) หมายถึง ภาวะตื่นเครียด ระวังระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งต่างๆที่ยังมาไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก<sup>(3)</sup> ในการศึกษาของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลหมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนภาวะวิตกกังวลจากการประเมินด้วย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป<sup>(4)</sup>

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบทางด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลงซึ่งอาการต่างๆที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์<sup>(5)</sup> ในการศึกษาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึงผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป<sup>(4)</sup>

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไตมีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงาน อาจมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ลดลงหรือไม่ก็ได้ เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน หรืออัตราการกรองของไต น้อยกว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตรม. นานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้<sup>(6)</sup>

ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม ซึ่งปฏิบัติต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรักความห่วงใย การเคารพซึ่งกันและกัน การเป็นกำลังใจ ปลอดภัยระหว่างกันเมื่อเกิดสถานการณ์ต่างๆ ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย<sup>(7)</sup>



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวความคิด

ตัวแปรอิสระ (independent variable)

ตัวแปรตาม(dependent variable)



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริม ป้องกัน และ แก้ไข ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์รวมถึง ญาติผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงความสำคัญ ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผลการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัยด้านต่างๆต่อไป ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ตามลำดับดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย
  - 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง
  - 1.2 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
  - 1.3 การบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง
  - 1.4 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง
2. ภาวะวิตกกังวล
3. ภาวะซึมเศร้า
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
  - 4.1 ปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย
    - 4.1.1 ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
    - 4.1.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว
    - 4.1.3 การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล
    - 4.1.4 การสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย
    - 4.2.1 เพศ
    - 4.2.2 อายุ
    - 4.2.3 ระดับการศึกษา
    - 4.2.4 อาชีพ
    - 4.2.5 รายได้และความเพียงพอของรายได้
    - 4.2.6 สถานภาพสมรส
  - 4.3 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ประกอบด้วย
    - 4.2.7 ภาวะแทรกซ้อน
    - 4.2.8 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย



## 1 โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน และพบได้ทั่วโลกเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆทุกปี ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่ในการรักษาความสมดุลของกรดด่างในร่างกายและการขจัดสารพิษอย่างช้าๆ และถาวร ทำให้การดำเนินของโรคจากที่ไม่รุนแรงในระยะเริ่มแรกไปเป็นระยะไตวายเรื้อรัง จนกระทั่งเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) เป็นภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร โดยหน่วยไตจะค่อยๆถูกทำลายจนกระทั่งหน่วยไตที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยสิ่งที่เสียไปทำให้มีการเสื่อมของโครงสร้างอวัยวะและหน้าที่ของไตเลวลงเรื่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในอดีตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องเสียชีวิตทุกราย แต่ด้วยเทคโนโลยีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีเป้าหมายสูงสุดในการรักษาที่มุ่งสู่การควบคุมภาวะของการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ได้ค้นพบวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้โดยการทดแทนไต ซึ่งเป็นวิธีการรักษาชีวิตแต่ไม่ได้รักษาไต ด้วยวิธีจัดของเสียจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การขจัดของเสียผ่านเยื่อช่องท้องอย่างถาวร และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต<sup>(2)</sup>

### 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายอย่างช้าๆแต่เป็นไปอย่างถาวร โดยมีความผิดปกติในหน้าที่ของไตใหญ่ๆ 3 ประการ คือหน้าที่ในการรักษาสมดุลของร่างกาย (regulatory or homeostatic function) โดยควบคุมระดับสารน้ำความเป็นกรด-ด่าง และทำให้เกิดสมดุลของสิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย ทำหน้าที่ในการขับถ่ายของเสียจากการเผาผลาญในร่างกายรวมทั้งผลผลิตจากสารโปรตีน (excretory function) และหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ (endocrine function) ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบอื่นๆ แม้ว่าหน่วยไตที่ยังไม่ถูกทำลายพยายามทำหน้าที่ชดเชยหน่วยไตที่เสียไป แต่ความผิดปกติก็ทำให้เกิดมีการคั่งของของเสียในร่างกายมากและเกิดภาวะยูรีเมียขึ้น<sup>2</sup> โรคไตเรื้อรังมีความหมายคล้ายกับไตวายเรื้อรัง แนะนำให้ใช้คำว่า โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) แทนคำว่า โรคไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure, CRF) ที่ใช้กันมานาน เพราะมีความครอบคลุมโรคมากกว่าและทำให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าใจได้ดีกว่า โดยให้คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง คือ การที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงาน โดยอาจมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ลดลงหรือไม่ก็ได้เป็นเวลานานกว่า 3 เดือนหรืออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย

1.73 ตม. นานกว่า 3 เดือน โดยอาจมีความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นถ้ามีความผิดปกติเกี่ยวกับไตหรือเป็นโรคไตอะไรสักอย่างต่อเนื่องกันนานกว่า 3 เดือน ก็อาจจะถูกระบุว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง<sup>(8)</sup>

การเรียกชื่อโรคไตที่มีอัตราการกรองลดลงมีความหลากหลายมากได้แก่ chronic renal failure, renal insufficiency, mild renal insufficiency, renal dysfunction, pre-end-stage chronic renal failure<sup>(9)</sup>

### ระยะของโรคไตเรื้อรัง

แบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ โดยใช้ค่าอัตราการขจัดของเสียของไต (glomerular filtration rate : GFR)<sup>(6)</sup>

#### ระยะที่ 1 Kidney damage with normal or increased GFR

ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยมากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area : BSA) 1.73 ตม. เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมสภาพแต่ยังมีค่าอัตราการขจัดของเสียของไตปกติ

#### ระยะที่ 2 Kidney damage with mild decreased GFR

ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตม. เป็นระยะที่ไตผิดปกติและมีค่าอัตราการขจัดของเสียของไตลดลง

#### ระยะที่ 3 Moderate decreased GFR

ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตม เป็นระยะที่ค่าอัตราการขจัดของเสียของไตลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง เป็นระยะที่เรียกว่า โรคไตเรื้อรัง

#### ระยะที่ 4 Severe decreased GFR

ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15-29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตม. เป็นระยะที่โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงขึ้น ค่าอัตราการขจัดของเสียของไตลดลงมาก ต่ำกว่าร้อยละ 30

#### ระยะที่ 5 Kidney failure

ระยะที่ค่า GFR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตม. หมายถึง ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเตรียมตัวรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement)

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งกลุ่มของโรคไตเรื้อรัง<sup>(10)</sup>

Stage	Description	GFR (ml/min/1.7 3m <sup>2</sup> )	Relate Terms	Action
1	Kidney damage with Normal or increased GFR	> 90	Albuminuria, proteinuria, hemauria	Diagnosis and treatment Treatment of comorbid conditions Slowing progression CKD risk reduction
2	Kidney damage with mild decreased GFR	60-80	Albuminuria, proteinuria, hemauria	Estimating progression
3	Moderate decreased GFR	30-59	Chronic renal insufficiency, early renal insufficiency	Evaluating and treating complications
4	Severe decreased GFR	15-29	Chronic renal insufficiency, Late renal insufficiency, Pre-ESRD	Preparation for kidney replacement therapy
5	Kidney failure	< 15	Renal failure, Uremia, ESRD	Replacement (if uremia present)

## 1.2 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคไตเรื้อรังพบว่า อันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งโปรตีนในปัสสาวะนี้เป็นตัวบ่งบอกอย่างหนึ่งของ renal injury ปัจจัยที่ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีหลายสาเหตุ ที่พบบ่อยคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงจากตัวเอง ภาวะฟอสเฟตสูงและ ภาวะพาราไทรอยด์สูง และสาเหตุที่สำคัญคือภาวะซีด<sup>(11)</sup>

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดและเสียชีวิตได้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จากภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีน้ำเกิน เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ความผิดปกติของระบบเลือด (hematologic disorders) พบภาวะเลือดออกง่ายที่เกิดจากความผิดปกติของ prothrombin time และ thromboplastin time ร่วมกับความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด ภาวะซีด มักพบเสมอในผู้ป่วยจากการสร้างฮอร์โมนลดลง ร่วมกับการขาดธาตุเหล็กที่เกิดจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหาร การขาดธาตุโฟเลตจากการถูกจำกัดอาหาร รวมทั้งความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว (leukocyte disorders) ที่ทำหน้าที่เสื่อมลงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดไวรัสตับอักเสบบี<sup>(8)</sup> สาเหตุของโรคไตเรื้อรังอาจแบ่งตามสาเหตุการเกิดคล้ายกับไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ สาเหตุก่อนไต (pre renal cause) สาเหตุที่ไต (intra renal cause) และสาเหตุนอกไต (post renal cause)<sup>(12)</sup>

**1. สาเหตุก่อนไต (pre-renal cause)** เกิดจากการลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่ไตลดลงหรือมีพยาธิสภาพที่อยู่ก่อนถึงเนื้อไต ได้แก่

**1.1 ภาวะการไหลเวียนเลือดผ่านไตลดลง** จากการมีพยาธิสภาพของหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) การคั่งของของเหลวหรืออากาศในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial tamponade) จากพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง หรือเกิดจากการลดปริมาณเลือดในร่างกาย (hypovolemia) เนื่องจากการเสียเลือด (hemorrhage) การอักเสบของเยื่อช่องท้อง (peritonitis) ภาวะติดเชื้อในร่างกาย (sepsis) ภาวะตับมีพยาธิสภาพ และทำให้เกิดไตเสียหายที่ (hepato renal syndrome)

1.2 **ภาวะแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง(hemolysis)** จากสาเหตุต่างๆ เช่น การให้เลือดผิดหมู่ โรคมาลาเรีย การมีเม็ดเลือดแดงน้อยทำให้ปริมาณออกซิเจนที่เซลล์ของไตใช้สร้างพลังงานและขับถ่ายสารต่างๆที่หลุดเลือดฝอยลดลง เกิดการเสียหายที่ของหน่วยไตได้

1.3 **ภาวะขาดโซเดียม** เกิดจากการสูญเสียโซเดียมปริมาณมากออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง อาเจียนอย่างรุนแรง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง

1.4 **ภาวะขาดน้ำ** ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้สูงอายุ ผู้ที่ไตเสียหายที่ในการปรับความเข้มข้นของปัสสาวะ

1.5 **ภาวะที่รบกวนสมดุลของร่างกาย** เช่น การเกิดบาดแผลฉกรรจ์ ภาวะหลังผ่าตัดใหญ่ หรือการได้รับยาสลบเป็นเวลานาน ซึ่งรบกวนการหลั่ง antidiuretic hormone ทำให้ปริมาณสารกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstrictor) ต่างๆ เพิ่มขึ้น การไหลเวียนผ่านไตจึงลดลง

2. **สาเหตุที่ไต (intra-renal cause)** เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพที่เนื้อไต มักเกิดบริเวณ หลอดเลือดโกลเมอรูลัส (glomerulus) เนื้อเยื่อแทรกระหว่างเซลล์และหลอดเลือดฝอย จากสาเหตุดังนี้

2.1 **การได้รับสารพิษที่ทำลายเนื้อไต** เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ (aminoglycoside) และเซฟาโลสปอริน (cephalosporin) สารพิษเหล่านี้จะตกตะกอนที่ หลอดเลือดฝอยในไต ทำให้เกิดการอักเสบหรือการตายอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดฝอยในไต

2.2 **ความผิดปกติของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต** เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปกติแล้วไตมี autoregulation ในการควบคุมมิให้ intraglomerular pressure สูงหรือต่ำเกินไปกรณีที่เป็นความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ แต่ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นอยู่นาน autoregulation จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติทำให้ intraglomerular pressure สูง เกิดภาวะ hyperfiltration ซึ่งส่งผลให้เกิด interstitial fibrosis ของเนื้อไตและอัตราการกรองของไตลดลง<sup>(13)</sup>

โรคหลอดเลือดไต (renal vascular disease) ทำให้เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย

2.3 **การอุดตันในเนื้อไต** เช่น นิ่วในไต เนื้ออกที่ไต เกิดการทำลายเนื้อไตโดยตรง

3. สาเหตุนอกไต (post-renal cause) เกิดเนื่องจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่กรวยไตลงมาจาก นิ่ว ลิ่มเลือด ผลึกของยาซัลฟา กรดยูริก ต่อมลูกหมากโต หลอดปัสสาวะตีบจากการติดเชื้อ เนื้องอกของมดลูกที่เบียดทางเดินปัสสาวะ เป็นผลให้เกิดความดันย้อนกลับไปที่ไต และเกิดการทำลายหน่วยไต

#### การวินิจฉัยสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

เริ่มต้นด้วยประวัติการตรวจร่างกายแล้วจึงทำการเอกซเรย์กับอัลตราซาวด์เพื่อดูขนาดไต แต่ถ้าต้องการวินิจฉัยสาเหตุที่แน่นอนก็ควรทำ renal biopsy ด้วย

สรุปการหาสาเหตุของภาวะไตเรื้อรังได้ดังนี้<sup>(14)</sup>

##### 1. ประวัติ

- ครอบครัวมีคนป่วยเป็นโรคไต
- โรคประจำตัว
- อาชีพและภูมิลำเนาซึ่งอาจจะมีสาร Toxic

##### 2. การตรวจร่างกาย

- อาการของ Uremia
- ความดันโลหิตสูง, บวม
- มี bruits หรือ ก้อนในช่องท้อง
- การตรวจปัสสาวะพบความผิดปกติ

3. การดูขนาดและลักษณะของไต (renal imaging) จากการเอกซเรย์ หรือ ultrasound KUB system

โดยพบว่ากลุ่มของอาการโรคไตเรื้อรัง เคยมีอาการ nephritic syndrome หรือ nephritic syndrome หรือเคยมีความผิดปกติในปัสสาวะ เช่น pyuria, proteinuria, haematuria มาก่อน บางคนมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ หรือ autoimmune disease ถ้ามีประวัติ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ก็อาจจะชอบรับประทานยาบ่อยๆคือ เป็น analgesic abuse ก็จะเป็น analgesic nephropathy ได้

ครอบครัวที่มีการเสียชีวิตจากโรคไตหรือมีความผิดปกติของระบบหู ตา ด้วย ก็อาจจะเป็นโรคหรือภูมิลำเนาอยู่ในที่มี Sickle's cell anemia จากการประกอบอาชีพที่เกี่ยวกับตะกั่ว เช่น ทำแบตเตอรี่ก็สามารถเกิด lead nephropathy ได้ เมื่อตรวจร่างกายจะมีซีดี uremic fetor (frost) ความดันโลหิตสูง ถ้าพบ retinopathy ในผู้ป่วยเบาหวานก็น่าจะมีพังผืดในไต

แล้ว ถ้าตรวจพบ abdominal bruit อาจเป็น renal artery stenosis ถ้าไตมีขนาดโตอาจเป็น polycystic หรือ hydronephrosis

### การดำเนินของโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะไตเรื้อรัง<sup>(14)</sup>

1. Chronic glomerulonephritis ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการอะไรนำมาก่อนเลย อาจจะมาพบแพทย์ด้วยอาการของความดันโลหิตสูงจนการทำงานของหัวใจล้มเหลวแล้วจึงตรวจพบว่าซีด และ

ขนาดของไตเล็กลงไป

2. Pyelonephritis หรือ interstitial nephritis อาจจะมีภาวะนำมามากด้วย obstructive uropathy, นิ่ว neurogenic bladder vesicoureteric reflux และมีการอักเสบติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ ทำให้เกิด scar (แผลเป็น) ในเนื้อไต วัณโรคของทางเดินปัสสาวะก็ ยังเป็นสาเหตุได้

3. Nephropathy จากยาแก้ปวดที่ใช้ประจำ หรือจากโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน amyloidosis, เก๊าท์, nephrocalcinosis หรือ hypercalcaemic nephropathy หรือ medullary sponge kidney หรือจาก Toxic เช่น lead, aluminum

4. Polycystic kidneys มีทั้ง adult type และ juvenile type อาจพบเป็น medullary cystic disease

5. Hereditary nephritis มีอาการของ nerve deafness และ retinosis ด้วยคือ Alport's syndrome

6. Renal vascular disease ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมยาก อาจเกิดเป็น malignant hypertension จนทำให้ไตวาย หรือมีสาเหตุจาก polyarteritis, Wegener's granulomatosis, Henoch-Schonlein Purpura Goodpasture's syndrome, Scleroderma เป็นต้น

7. Lupus Nephritis พบได้เสมอๆ แต่อาการทางระบบอื่นมักจะไม่ active แล้ว

### 1.3 การบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) โดยการรับประทานยา และการควบคุมอาหาร หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องรวมถึงมีการส่งเสริมสุขภาพของตนอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(7)</sup> การรักษาแบบประคับประคองมีดังนี้

### 1.1 การควบคุมอาหารประเภทโปรตีน

ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เข้ารับการ

ฟอกเลือดมีความชุกของภาวะทุโภชนาการสูง ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รักษาทดแทนไต ดังนั้นการดูแลมิให้ผู้ป่วยมีภาวะทุโภชนาการโดยเฉพาะการขาดโปรตีนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับในแต่ละวันขึ้นอยู่กับการทำงานของไต ควรเป็นโปรตีนที่มีค่าทางชีวภาพสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ขาวและปลา ซึ่งจะมี essential amino acids ครบถ้วน ส่วนโปรตีนที่มีค่าทางชีวภาพต่ำ ได้แก่ โปรตีนในผัก ผลไม้ ถั่วและเมล็ดธัญพืชต่างๆ ควรจำกัด ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดโปรตีนได้มาก เนื่องจากการสูญเสียโปรตีนระหว่างการฟอกเลือดได้ถึงครั้งละ 5-10 กรัม<sup>(15)</sup> อัลบูมิน (albumin) ในกระแสเลือดจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการขาดโปรตีนในร่างกาย ค่า albumin ในกระแสเลือด ไม่ควรต่ำกว่า 4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ บวมและติดเชื้อง่าย มีอัตราการตายสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3-4 มักเบื่ออาหารและรับประทานโปรตีนได้น้อยลงอยู่แล้ว ถ้าจะให้การจำกัดโปรตีนเพื่อชะลอการเสื่อมจะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอ ในทางปฏิบัติการจำกัดโปรตีนอาจทำให้ได้รับพลังงานลดลงด้วย ควรแนะนำให้รับประทานคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น และให้โปรตีนชนิด high biological value เช่น จากไข่และเนื้อสัตว์ และต้องดูแลไม่ให้มีภาวะ metabolic acidosis ซึ่งจะทำให้การสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น การจำกัดโปรตีนอาจเหมาะสมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ที่ยังรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะยูริเมียมากนัก หรือผู้ป่วยอายุมากที่ไม่ต้องการรักษาทดแทนไตโดยหวังผลชะลอไตเสื่อมและเสียชีวิตจากอายุชัยก่อนที่จะเกิด renal death ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่สามารถล้างไตได้อาจไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาวิธีนี้มากนัก<sup>(16)</sup>

### 1.2 การควบคุมสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและประเภทไขมัน

**อิมิตัว** ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานให้พอเพียง เพื่อป้องกันการให้พลังงานจากเนื้อเยื่อโปรตีนในร่างกาย คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ น้ำตาล ข้าวและแป้ง ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตที่มีกากใยสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน ต้องจำกัดอาหารในส่วนนี้ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมัน เป็นส่วนที่ช่วยเพิ่มพลังงานได้อย่างมาก ควรรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ ไขมันจากถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน และน้ำมันมะกอก ซึ่งจะไม่เกาะกับหลอดเลือดทำให้ไม่เกิดเส้นเลือดอุดตัน สำหรับไขมันอิ่มตัว ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ จะมีโคเลสเตอรอล(cholesterol) สูง ร่วมกับน้ำมันมะพร้าว



กะทิ ซึ่งมีไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูง จะเกาะตามเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดอุดตัน ที่เรียกว่า atherosclerosis มักเป็นสาเหตุของ ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย สาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 31 % ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงไขมันสัตว์และน้ำมันมะพร้าว เพื่อรักษาระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**1.3 การควบคุมอาหารประเภทโซเดียม** จากการรับประทาน อาหารหรือเกลือแกง จะทำให้เกิดภาวะน้ำเกินในกระแสเลือด มีผลให้ร่างกาย บวม ความดันโลหิตสูง น้ำท่วมปอด และหัวใจโตได้จึงควรจำกัดโซเดียมเหลือวันละ 2 กรัม จากคนปกติที่รับประทานวันละ 3-7 กรัม ดังนั้นผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง ของหมักดอง อาหารทะเลอาหารที่ถูกปรุงแต่งด้วยเกลือจำนวนมาก (หมูเค็ม หมูหยอง แหนม ขนมกรุบกรอบ) ซอส น้ำปลาและซีอิ๊ว การลดโซเดียมในอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีอาการบวม จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น และลดปัญหาการเกิดภาวะน้ำเกินได้ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มไม่บวม เช่น เป็นไตเรื้อรังจากนิ่วหรือ interstitial nephropathy ไม่ควรจำกัดเกลือโซเดียม เนื่องจากอาจทำให้สมดุลของโซเดียมลดลงและเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้<sup>(16)</sup>

**1.4 การควบคุมอาหารประเภทโปแตสเซียม** เป็นเกลือแร่ที่มีมากใน ผักและผลไม้ การรับประทานจำนวนมากเกินไปโดยไม่จำกัด จะทำให้มีโปแตสเซียมคั่ง เนื่องจากไตไม่สามารถขับออกได้มีผลให้การเต้นของหัวใจผิดปกติหรือหยุดเต้นได้ โดยเฉพาะในขณะฟอกเลือด เนื่องจากถ้าสะสมในร่างกายมากก็จะมีผลเปลี่ยนแปลงเร็วมากจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจผิดปกติอย่างเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก และหัวใจหยุดทำงาน ดังนั้นจึงควรจำกัดอาหารผักและผลไม้ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยควรทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโปแตสเซียมสูงในเลือดด้วย ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรด ท้องผูก catabolism และยาลดความดันโลหิตพวก  $\beta$ -Adrenergic blocking และ ACEI เป็นต้น<sup>(15)</sup> ก่อนการฟอกเลือดควรมีระดับโปแตสเซียมในเลือด ไม่เกิน 4.5 mmol/L<sup>(17)</sup>

**1.5 การควบคุมอาหารประเภทฟอสเฟส** การสูญเสียหน้าที่ของไตทำให้ไม่สามารถขับฟอสฟอรัสส่วนเกินจากการรับประทานอาหาร การสะสมของฟอสฟอรัสมีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายในที่สุดจะเกิดอาการกระดูกผุ รูปร่างผิดปกติ ตัวหุดสัน กระดูกสันหลังคดและเดินไม่ได้ในที่สุด อาการเหล่านี้จะค่อยๆเกิดขึ้นไม่แสดงความ

รุนแรงให้เห็นทันที ใช้เวลาเป็นเดือนจนถึงปี แต่เมื่อเห็นความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขให้กลับปกติได้จึงควรป้องกันตั้งแต่ต้นโดยการจำกัดอาหารที่มีฟอสเฟต สูง ได้แก่ ถั่วต่างๆ นมข้น ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น เนย โยเกิร์ต ข้าวแดง และน้ำอัดลมสีด้า เป็นต้น<sup>(18)</sup> ระดับของฟอสเฟตในเลือดที่ทำให้อัตราตายต่ำ คือ 5-7 มิลลิกรัม/เดซิลิตร<sup>(17)</sup> การควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งต้องใช้ยาในกลุ่มฟอสเฟตบายเดอร์ (phosphate binder) ร่วมด้วย<sup>(19)</sup>

### 1.6 การควบคุมน้ำ (fluid restriction) หลักการดื่มน้ำของผู้ป่วย

คิดจากจำนวนปัสสาวะที่ได้ต่อวันรวมกับจำนวนน้ำที่สูญเสียไปกับลมหายใจและเหงื่อ ประมาณวันละ 900 มิลลิลิตร หักออกจากรูปร่างที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ประมาณวันละ 300 มิลลิลิตร กรณีผู้ป่วยที่มีปัสสาวะน้อยมากแล้วก็จะดื่มน้ำ ได้วันละ 600 มิลลิลิตรเท่านั้น (เท่ากับ 900-300 มิลลิลิตร) ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพอากาศในแต่ละวันด้วย ถ้า อากาศร้อนและเสียเหงื่อมากก็อาจดื่มน้ำเพิ่มได้แต่ไม่ควรเกิน 800 มิลลิลิตรต่อวัน และ น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มต่อวันต้องไม่เกิน 1 กิโลกรัม<sup>(20)</sup> ภาวะน้ำเกินจะส่งผลให้เกิดความดัน โลหิตสูงและหัวใจโตในระยะยาว<sup>(15)</sup>

### 1.7 ยา (medication therapy) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ ให้เพื่อการรักษาตามอาการ

การทดแทนสารที่ขาดหรือขาดสารบางตัวที่ไม่ต้องการ ยาที่ต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาจับฟอสฟอรัส ยาลดความเป็นกรดในเลือด ฮอริโมน erythropoietin ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก (folic acid) วิตามินบี

#### 1.7.1 ยาควบคุมความดันโลหิต มีหลักฐานชัดเจนว่าการควบคุม

ความดันโลหิตสามารถลดการเสื่อมของไตในสัตว์ทดลอง<sup>(21)</sup> และมนุษย์<sup>(22, 23)</sup> ความดันโลหิตที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติ JNC 6 (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) คือ 130/85 mmHg ความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 100 mmHg เป็นปัจจัยที่ทำให้ไต เสื่อมเร็วขึ้น<sup>(24)</sup> ถ้าผู้ป่วยมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัมต่อวัน ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 125/75 mmHg<sup>(23)</sup> ยาที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยไต เรื้อรังคือ

##### 1.7.1.1 Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) นอกจากนี้

ช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ACEI ยังช่วยลด intraglomerular pressure โดยขยายหลอดเลือดฝอยไตขาออกมากกว่าไตขาเข้า มีการศึกษายืนยันประโยชน์ของ ACEI ในการลดไต

เสื่อมทั้งในผู้ป่วยเบาหวานและไม่ใช่เบาหวาน<sup>(25-27)</sup> ยาที่ใช้มีหลายชนิด เช่น captopril, ramipril, enalapril ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักยาแห่งชาติ นอกจากลดความดันโลหิตแล้ว ACEI ยังลดโปรตีนในปัสสาวะอีกด้วย ในทางปฏิบัติควรใช้ยาที่มีฤทธิ์ยาว เช่น enalapril เพื่อความสะดวกในการรับประทาน ข้อควรระวังในผู้ป่วยที่มีค่าครีเอตินีนมากกว่า 3 มก./มล. หรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 20-25 มล./นาทีคือภาวะที่โปแตสเซียมสูงและไตเสื่อมลง เมื่อเริ่มใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีหลอดเลือดแข็งซึ่งอาจมีหลอดเลือดไตตีบ ควรตรวจระดับครีเอตินีนและอิเล็กโทรไลต์หลังเริ่มยาประมาณ 1-2 สัปดาห์ และตรวจสอบเป็นระยะๆ ตลอดเวลาที่ใช้ยา

**1.7.1.2 Calcium channel blocker (CCB)** ยา CCB กลุ่ม non-dihydropyridine คือ diltiazem และ verapamil ลดโปรตีนในปัสสาวะและลดอัตราการเสื่อมของไตได้<sup>(28,29)</sup> สามารถใช้ร่วมกับ ACEI ในกรณีที่ให้ยาเดี่ยวควบคุมความดันโลหิตยังไม่ได้ ส่วนกลุ่ม dihydropyridine calcium channel blocker อาจทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นเนื่องจากทำให้ขยายหลอดเลือดไตทั้งขาเข้าและขาออกทำให้ความดันในกรวยกรองไต (intraglomerular pressure) เพิ่มขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา irbesartan กับ amlodipine พบว่า amlodipine มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังสูงกว่าและอัตราการกรองของไตลดลงเร็วกว่า อย่างไรก็ตาม dihydropyridine calcium channel blocker ก็ยังสามารถใช้ร่วมกับ ACEI เพื่อคุมความดันโลหิตในกรณีที่ยาเดี่ยวยังไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลทางลบแต่ควรหลีกเลี่ยง short-acting calcium channel blocker ซึ่งนิยมใช้ทั่วไปเนื่องจากอาจเพิ่มอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

**1.7.2 ยาจับฟอสเฟต** เนื่องจากการมีฟอสเฟตที่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยไตเรื้อรัง<sup>(30)</sup> ฟอสเฟตคั่งในเลือดทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และ hyperparathyroidism ส่งผลให้เกิด renal osteodystrophy การลดฟอสเฟตในเลือดทำได้โดยการจำกัดฟอสเฟตในอาหาร คือ เนื้อสัตว์ และยาจับฟอสเฟตในทางเดินอาหาร (phosphate binder) ก็สามารถลดฟอสเฟตในเลือดลงได้ ยาที่ใช้ปัจจุบันมี 3 ชนิด

**1.7.2.1 aluminium containing phosphate binder** ได้แก่ aluminium hydroxide gel ซึ่งมีประสิทธิภาพดีแต่เมื่อใช้ไปนานๆ จะเกิดภาวะ aluminium intoxication ทำให้เกิด microcytic anemia, osteomalacia และ dementia ได้ อย่างไรก็ตามยากกลุ่มนี้ยังมีใช้ในกรณีที่ฟอสเฟตสูงมากกว่า 7 และผลคูณของแคลเซียม-ฟอสเฟตมากกว่า 55 โดยให้ระยะสั้นประมาณ 4 สัปดาห์

### 1.7.2.2 calcium containing phosphate binder ที่นิยมใช้คือ

calcium carbonate และ calcium acetate ซึ่งการให้หลังอาหารทันที ยากจะทำหน้าที่เป็น phosphate binder แต่ถ้าให้ระหว่างมื้ออาหาร ยากจะถูกดูดซึมและเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือดได้ ผลข้างเคียงของการใช้ยา คืออาจทำให้แคลเซียมในเลือดสูง เกิดแคลเซียมเกาะตามเนื้อเยื่อ (metastatic calcification) โดยเฉพาะถ้าให้ร่วมกับวิตามินดี หรือให้ในผู้ป่วยล้างไตที่ใช้น้ำยาล้างไตที่มีแคลเซียมผสมด้วย

### 1.7.2.3 calcium-aluminium-free phosphate binder ยาตัวใหม่ที่มี

ใช้คือ sevelamer hydrochloride (Renagel) ซึ่งเป็น polymer สามารถจับฟอสเฟตได้ดี โดยไปทำให้แคลเซียมในเลือดสูง ขณะนี้ใช้ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และยุโรปหลายประเทศ ข้อเสียคือ ราคาแพง

การให้วิตามินดี มีจุดประสงค์เพื่อยับยั้งการหลั่ง parathyroid hormone ข้อควรระวังคือ แคลเซียมในทางเดินอาหารจะถูกดูดซึมได้มากขึ้น อาจเกิดภาวะ hypercalcemia และกดการหลั่ง parathyroid hormone มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะ relative hypoparathyroidism และ adynamic bone disease ซึ่งพบได้ทั่วไปทั้งในผู้ป่วยยังไม่ได้ล้างไตและล้างไตแล้ว นอกจากนี้แล้วภาวะ relative hypoparathyroidism ยังมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอายุมาก โรคเบาหวาน ภาวะทุโภชนาการและการให้ phosphate binder ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย ถ้าไม่สามารถตรวจวัดระดับ parathyroid hormone ได้ก็ควรตรวจระดับแคลเซียม ฟอสเฟตและให้การรักษามือถือฟอสเฟตสูง

## 1.8 การป้องกันการติดเชื้อ ในประเทศไทยจากการสำรวจของสมาคม

โรคไตพบว่า ปัญหาการตายอันดับที่ 2 ของผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อ โดยมีอัตราการตายจากภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 22 ภาวะติดเชื้อที่พบได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อที่เส้นเลือดที่ใช้ฟอกเลือด การติดเชื้อในกระแสโลหิต การติดเชื้อทางเดินหายใจ ปอดบวมและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ<sup>(31)</sup> ผู้ป่วยต้องรู้จักป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้โดยการรักษาความสะอาดของร่างกาย ล้างมือให้สะอาด รักษาสุขภาพให้แข็งแรงโดยการรับประทานอาหารให้เพียงพอและออกกำลังกาย

## 1.9 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ

ผู้ป่วยทำให้กล้ามเนื้อคงความแข็งแรงและมีแรงดึงตัวดี เคลื่อนไหวได้ปกติ การรับถ่ายปกติ และลดความผิดปกติของระดับไขมัน ควรออกกำลังกายอย่างถูกต้อง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที เนื่องจากหลังการออกกำลังกายระดับโปแตสเซียมจะสูงขึ้นเล็กน้อย จึงเป็นสิ่งที่

ควรเฝ้าดูอาการเพื่อความปลอดภัยในการออกกำลังกายผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรปรึกษาแพทย์ในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม<sup>(32)</sup>

**2. การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy)** โดยการล้างไตทำได้ 2 วิธี คือ 1) การขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) และ 2) การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ทั้ง 2 วิธีนี้หากได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานจะได้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกัน ทั้ง 2 วิธีนี้ จะช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติมากที่สุด ซึ่งการบำบัดไตด้วยวิธีการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นที่นิยมมากกว่า<sup>(33)</sup>

**2.1 การขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)** มีวิธีการคือ ผ่าตัดฝังท่อ tenckhoff ไว้ในช่องท้อง ให้ปลายอีกข้างหนึ่งโผล่พ้นออกมาต่อกับถุงยา หลักการทำคือ ใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย(peritoneal membrane) เป็นตัวกรองของเสีย น้ำและเกลือแร่ ใส่น้ำยา (dialysate) ที่มีความเข้มข้นของตัวละลาย(solute) เพื่อให้เกิดความเข้มข้นระหว่างปริมาณสารนั้นในร่างกายกับปริมาณสารนั้นในน้ำยา ทำให้มีการขับของเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกายตามการปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง การทำการล้างช่องท้องขนาดมาตรฐานคือ ใส่น้ำยา 1.5% dextrose ปริมาณ 2 ลิตรเข้าช่องท้อง เปลี่ยนน้ำยา 3 รอบในเวลากลางวัน และ 1 รอบในเวลากลางคืน ให้น้ำยาค้างในช่องท้องตลอดเวลา นั้นหมายถึงมีการแลกเปลี่ยนและกำจัดของเสียเกิดขึ้นตลอดเวลาแล้วปล่อยน้ำยาออกทุก 4-8 ชั่วโมง ขณะหลับอาจค้างน้ำยาไว้นานถึง 8 ชั่วโมง แต่ขณะตื่นก็ค้างเพียง 4-6 ชั่วโมง ควรเปลี่ยนน้ำยาวันละ 3-5 รอบ โดยทั่วไปการเปลี่ยนน้ำยาวันละ 4 รอบ ทำให้มีการล้างไตที่พอเพียง ผู้ป่วยจึงนิยมเปลี่ยนน้ำยาวันละ 4 รอบ<sup>(34)</sup>

#### **ข้อดีของการล้างช่องท้องแบบถาวร**

1. ให้ความเป็นอิสระแก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยสามารถทำตัวเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่(full social and physical rehabilitation) ต้องการบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าวิธีอื่น
2. สามารถขจัดของเสียที่มีโมเลกุลใหญ่ได้ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีกว่าและยังสามารถกำจัดของเสียที่ไปกดการสร้าง erythropoietin ดีกว่า โดยพบว่าผู้ป่วยที่ทำการล้างช่องท้องแบบถาวรมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3. ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราเสื่อมของไตที่เหลือน้อยกว่าวิธีอื่น จึงเหมาะที่จะรักษาผู้ป่วยระยะแรกๆที่ไตเดิมยังทำงานอยู่บ้าง

4. ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาเส้นเลือด เช่น โรคหัวใจวาย หัวใจขาดเลือด มีปัญหาในการต่อเส้นเลือด (vascular access)

5. ควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ได้ง่ายเพราะมีการขจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างสม่ำเสมอคล้ายกับคนที่มีไตทำงานอยู่ทุกวัน ระดับของเสียในเลือดค่อนข้างคงที่ จึงถือได้ว่าเป็นการรักษาที่เป็นธรรมชาติที่สุด

6. เป็นการรักษาที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทางและเวลาซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาล

#### **ข้อเสียของการล้างช่องท้องแบบถาวร**

1. มีความผิดปกติทางกายภาพเกิดขึ้น

1.1 ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง จากการที่มีน้ำอยู่ในช่องท้องทำให้เพิ่มน้ำหนักแก่กระดูกสันหลังระดับเอว ทำให้เกิดอาการปวดเอวได้

1.2 มีผลกระทบต่อการทำงานของปอดจากการมีน้ำในช่องท้อง

1.3 เกิดไส้เลื่อนได้บ่อย เนื่องจากความดันในช่องท้องสูงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีจุดอ่อนบริเวณผนังหน้าท้อง ไม่ว่าจะ เป็นกะบังลม สะดือ หรือเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

1.4 ภาพลักษณ์ของตนเองเสียไป เนื่องจากรูปร่างลักษณะเปลี่ยนไปจากการมีน้ำขังในช่องท้องตลอดเวลา

1.5 อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายมีการดูดซึมเดรกไตส์จากน้ำยาเข้าสู่ร่างกายอาจทำให้อ้วนและไขมันในเลือดสูง

2. ปัญหาการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

3. มีความเจ็บปวดในขณะปล่อยน้ำยาเข้าช่องท้อง เนื่องจากน้ำยามีฤทธิ์เป็นกรดอาจกระตุ้นเยื่อช่องท้อง

4. ผู้ป่วยอาจรู้สึกรำคาญบริเวณอุ้งเชิงกราน บางรายปวดบริเวณทวารหนักหรือปัสสาวะบ่อย มักเกิดหลังวางสายใหม่ เนื่องจากปลายสายไปกระตุ้น

5. ผู้ป่วยต้องงดกีฬาชนิดที่กระทบกระแทก และทำให้มีการเพิ่มความดันในช่องท้อง

6. ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน

### ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร<sup>(35)</sup>

1. การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังรอบๆท่อพลาสติกที่หน้าท้อง (exit site Infection) ลักษณะที่สำคัญคือ ตรวจพบอาการอักเสบวมแดงบริเวณดังกล่าว บางครั้งอาจมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกจากบริเวณรอบๆท่อพลาสติกที่หน้าท้องและพบมากกว่าร้อยละ 20 ของการติดเชื้อรอบๆท่อพลาสติกที่หน้าท้องเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง
2. การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) การติดเชื้อในช่องท้องเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร อาการที่พบเริ่มแรกคือ น้ำยาที่ปล่อยออกมาจากช่องท้องขุ่น ในบางครั้งอาจมีอาการปวดท้องนำมาก่อนได้ หรืออาจมีไข้หรือไม่มีก็ได้ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลจะช่วยยืดอายุผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องได้
3. การสูญเสียน้ำของเยื่อช่องท้อง (ultrafiltration failure) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของน้ำและเกลือแร่เกินในร่างกาย เกิดจากปริมาณน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมาน้อยกว่าปริมาณของน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องท้องทำให้เกิดการสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้องมากที่สุด สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดภายหลังจากการติดเชื้อในช่องท้อง
4. ไข้เลือดและการบวมของอวัยวะเพศ (hernia and genital edema) สาเหตุเกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้องจากน้ำยาล้างไต ทำให้หน้าท้องขยาย และเกิดไข้เลือดในส่วนที่อ่อนแอของผนังหน้าท้อง

### 2.2 การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หมายถึง การที่เอาเลือดออกจากร่างกายผสมกับเฮพาริน (heparinized blood) เข้ามายังตัวกรองเลือด (dialyzer) โดยไหลอยู่คนละข้างกับน้ำยา (dialysate) ซึ่งมี semipermeable membrane กั้นกลางสารละลาย (solute) เคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่ น้ำยาหรือจากน้ำยาสู่เลือด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือดการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกันน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความกดดันระหว่างเลือดกับน้ำยา มีความแตกต่างกันมาก<sup>(36)</sup>

## ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม<sup>(37)</sup>

### 1. ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) มีหลายสาเหตุดังนี้

ผู้ป่วยมีภาวะช็อค มีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ หรือผู้ป่วยเสียน้ำจากการทำ ultrafiltration มากและเร็วเกินไป รวมทั้งจากน้ำยา dialysate ที่ใช้มีโซเดียมต่ำ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารก่อนหรือระหว่างฟอกเลือดทำให้เลือดไปคั่งที่ splanchnic venous system เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณนี้ การรับประทานยาลดความดัน รวมถึงระบบ sympathetic ของผู้ป่วยบกพร่องเกิดการลดความต้านทานของหลอดเลือด ส่วนปลายทั่วร่างกายและหัวใจเต้นช้าลงขณะที่ร่างกายมีปริมาณ plasma volume ลดลง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง และการที่ผู้ป่วยมีโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาการยังไม่คงที่ มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร่วมด้วย เหงื่อออกหรือผิวหนังเย็นขึ้น ผู้ป่วยบางราย อาจรู้สึกอ่อนเมื่อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เลวลง หรือหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ชีพจรหรือหัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ชักเกร็ง กระตุก วัดความดันโลหิต ได้ต่ำกว่า 100 มม.ปรอท หรือวัดได้ต่ำกว่าค่าเดิม 20-30 มม.ปรอท ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยอายุมาก เพศหญิง น้ำหนักตัวน้อย และความดันโลหิตเดิมไม่สูง หรือมีแนวโน้มที่ต่ำง่าย มีโรคหัวใจหรือโรคเบาหวานร่วมด้วย

### 2. ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน (hypertensive emergency)

พบในผู้ป่วยที่กำลังจัดยาระหว่างการทำ hemodialysis และ รายที่ใช้ erythropoietin ขนาดสูง รวมทั้งการหลั่งฮอริโมน catecholamine และ renin-angiotensin system ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยอย่างมากหลังการดื่มน้ำ

### 3. ภาวะตะคริว (muscle cramp)

พบส่วนใหญ่ที่บริเวณขาและน่อง มักสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำ และ volume contraction สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ จากการที่มีการทำ UF ระหว่างฟอกเลือด ร่างกายจะตอบสนองโดยการเกิด vasoconstriction เกิดการถ่ายเทเลือดสู่ส่วนกลางทำให้กล้ามเนื้อขาที่มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง เกิด tissue hypoxia นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงสมดุลของแคลเซียม และโปตัสเซียมก็มีส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเหนี่ยวนำสัญญาณประสาทของกล้ามเนื้อ และเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด และตึงกล้ามเนื้อในช่วงท้ายของการฟอกเลือด โดยมากมักเกิดในช่วงท้ายๆของการทำ hemodialysis ในบางรายเกิดตะคริวหลังการทำ dialysis ไปแล้ว 2-3 ชั่วโมง<sup>(38)</sup> หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ปัจจัยที่เสี่ยงได้แก่ ผู้ที่มีมวลหัวใจห้องล่างซ้ายมาก มีโรคหัวใจขาดเลือดอยู่เดิม อายุมาก การขาดโพแทสเซียม



และระยะเวลาที่ฟอกเลือดเมื่อเริ่มทำ hemodialysis ผู้ป่วยร้อยละ 16 จะมี systolic dysfunction ร้อยละ 41 มี concentric LVH ร้อยละ 28 มี left ventricular dysfunction มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น มีตรวจ echocardiogram และพบว่าปกติการมีความผิดปกติของหัวใจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิด ventricular arrhythmia ขณะทำ hemodialysis ได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในขบวนการฟอกเลือดจะลดระดับโปรแตสเซียม และฟอสฟอรัสลงมาก ในขณะที่ระดับแคลเซียมในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ระดับโซเดียมและแมกนีเซียมไม่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงของระดับโพแทสเซียมในเลือดในเลือดจะกระตุ้นให้เกิด cardiac arrhythmia ขณะฟอกเลือดได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะมีชีพจรจังหวะไม่สม่ำเสมอ

#### 4. การเกิดเลือดออก (bleeding)

จากการศึกษาของ Swartz and Port<sup>(39)</sup> ได้แบ่งผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการมีเลือดออกสูง เป็น 4 กลุ่มตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ trauma หรือการมี active bleeding ดังนี้

กลุ่มที่ 1 Very High Risk (ยังมีเลือดออกอยู่ในขณะฟอกเลือด)

กลุ่มที่ 2 High Risk (เลือดหยุดมาแล้ว 3 วัน)

กลุ่มที่ 3 Moderate Risk (เลือดหยุดมาแล้ว 3-7 วัน)

กลุ่มที่ 4 Low Risk (เลือดหยุดแล้วนานกว่า 7 วัน)

ในผู้ป่วยไตเรื้อรังมักมีแนวโน้มที่จะมีเลือดออกง่าย จากการทํางานของเกร็ดเลือดบกพร่อง และถ้ามีปัจจัยอื่นเสริมร่วม ก็อาจทำให้มีเลือดออกง่ายยิ่งขึ้น เช่น ความผิดปกติของตับ เมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีเลือดออกง่ายมาฟอกเลือด อาจต้องดัดแปลงวิธีการให้ heparin โดยระดับความเข้มข้นของ heparin ที่ให้ผลในการรักษา มีค่าประมาณ 0.2-0.5 ยูนิต/มิลลิลิตร แต่ความต้องการของแต่ละคนไม่เท่ากัน ขนาดของ Heparin ที่ให้จะต้องมีความพอเหมาะ ถ้าให้มากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเลือดออกง่ายอยู่แล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเลือดออกผิดปกติสูงขึ้น นอกจากนั้นหลังจากผู้ป่วยได้รับ hemodialysis โดยเปรียบเทียบการใช้ anticoagulation ชนิดต่างๆ พบอัตราเสี่ยงจากมากไปน้อยดังนี้ คือ regional heparin, low-dose heparin, Low heparin และ no anticoagulation (Saline-Flush) รวมทั้งการเกิดเลือดออก อาจเนื่องมาจากการเลื่อนหลุดของสายข้อต่อเส้นเลือดในระบบไหลเวียนนอกร่างกาย

## 5. คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)

เกิดจากภาวะยูเรเมีย (Uremia) ที่มีอยู่ในผู้ป่วยฟอกเลือดไม่พอ หรือเป็นอาการของการเกิด disequilibrium syndrome แต่มักสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดไม่พอ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มักจะเป็นตลอดเวลา จนทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ส่วนอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจาก disequilibrium syndrome จะเกิดในการฟอกเลือดครั้งแรกๆของผู้ป่วย

## 6. กลุ่มอาการทางระบบประสาท (dialysis disequilibrium syndrome, DDS )

อาการมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว ความดันโลหิตสูงขึ้น สับสน จนถึงความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ในรายที่รุนแรงจะพบความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว และอาจเสียชีวิตได้<sup>(40)</sup> การตรวจคลื่นสมอง (EEG) จะพบ high voltage rhythmic delta wave มักพบภาวะ DDS ในผู้ป่วยที่มี BUN สูงมากและแก้ไขลดลงเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองอยู่แล้ว มักเกิดในช่วงแรกของการทำ hemodialysis และในช่วงพักหรือหลังจากการทำเสร็จแล้วไม่นานนัก ส่วนใหญ่อาการจะดำรงอยู่เพียงชั่วคราวและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังทำ hemodialysis มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับของเสียสูงมากอยู่เดิมและฟอกเลือดจนระดับของเสียลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ของเสียโดยเฉพาะยูเรียในสมองยังไม่ลดลง ทำให้ยูเรียคุดน้ำเข้าสู่อสมอง เกิดภาวะสมองบวม และเกิดอาการดังกล่าวได้ ทฤษฎีนี้มีชื่อว่า Reverse Urea Effect

## 7. ไข้หนาวสั่น (fever/ chills)

เกิดจากการติดเชื้อระหว่างการฟอกเลือดคือ การติดเชื้อของ vascular access โดยเฉพาะจากเชื้อ Staphylococcus Aureus หรือ Staphylococcus Epidermidis การรักษาคือ การให้ยาปฏิชีวนะและอาจต้องเอา catheter ออกในบางราย ผู้ป่วยที่ได้รับพิษจาก Endotoxin ที่ปนเปื้อนมากับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อาการหนาวสั่น มีอาการไข้ 38.5 องศาเซลเซียส ภายใน 45-75 นาทีแรกของการฟอกเลือด และถ้าวัดไข้ได้ขณะหรือหลังเสร็จสิ้นการฟอกเลือดมักเป็นการติดเชื้อในร่างกาย รวมทั้งอาจเกิดจาก endotoxin หรือส่วนของ endotoxin เข้าไปปะปนใน dialysate ผลของ endotoxin จะกระตุ้นการหลั่ง cytokines จาก monocytes และ endothelial cell

## 8. ปวดศีรษะ (headache)

เป็นอาการที่พบบ่อยในขณะฟอกเลือด อาจเป็นอาการเริ่มแรกของ Dialysis Disequilibrium Syndrome (DDS) ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากอาจให้รับประทาน Acetaminophen ระหว่าง HD หรือพยายามไม่ให้เกิด DDS

## 9. อาการคัน (pruritis)

เกิดจากการที่มีของเสียในเลือดคั่งสูง โดยเฉพาะ phosphorus เนื่องจากการฟอกเลือดไม่พอ ก็เป็นสาเหตุของอาการคันได้เช่นกัน เนื่องจากมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคัน จึงมีการรักษาหลายวิธีเช่น ทาครีมให้ผิวชุ่มชื้น ให้ antihistamine ในรายที่คันมากควรฉายแสง ultraviolet light therapy โดยเฉพาะ UVB เพราะ UVB ช่วยทำลายสารที่ทำให้เกิดอาการคัน ควบคุมระดับ phosphorus ไม่ให้สูงเกินไป โดยให้มีการฟอกเลือดที่เพียงพอ หรืออาจเกิดจาก ผิวแห้ง (xerosis or dryness) ทำให้ผิวหนังชั้นบนสุด (stratum corneum) ขาดน้ำทำให้ผิวแห้งมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกคันเพราะผิวหนังชั้นนี้จะมีลักษณะคล้ายกับเป็นสิ่งแปลกปลอม การเกาจะช่วยขจัดพื้นผิวนี้ออกไปและช่วยให้อาการคันดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการคันจะมีจำนวน mast cell เพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่ง histamine เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการคัน

## 3. วิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (renal transplantation)

เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นวิธีการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไตไปสู่ผู้ป่วยหรือผู้รับไต การปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดเพื่อนำไตที่ได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคไตที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ไปปลูกบริเวณใต้ผนังหน้าท้อง บริเวณเชิงกรานของผู้รับไต โดยต่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของไตที่ปลูกถ่ายเข้ากับหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของผู้รับไตตามลำดับ และต่อท่อปัสสาวะจากไตที่บริจาคเข้ากับกระเพาะปัสสาวะของผู้รับไต<sup>(41)</sup> ซึ่งทั้งผู้บริจาคไตและผู้รับไตจะต้องผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ทั้งชนิดของกลุ่มเลือด การเข้ากันของเนื้อเยื่อรวมทั้งการได้รับยากดภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม<sup>(42)</sup> เวลาที่เหมาะสมในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตเพื่อการรักษาทดแทนไตควรจะเป็นระยะที่ 4 ซึ่งยังพอมีเวลาให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา จากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวนร้อยละ 87.7 การรักษาด้วยการขจัดของเสียออกทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนร้อยละ 10 และจำนวนผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีจำนวนร้อยละ 2.3<sup>(43)</sup>

## ข้อห้ามในการปลูกถ่ายไต

ได้แก่ ผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี มีประวัติเป็นโรคมะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาน้อยกว่า 2 ปี<sup>(44)</sup> <sup>(45)</sup> มีภาวะติดเชื้อเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษามีภาวะติดเชื้อเอชไอวี มีหมู่เลือดเอบีโอเข้ากันไม่ได้ (ABO mismatch) มีผลตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อชนิดที่เซลล์ให้ผลบวก (positive T cell cross-match) และมีปัญหาทางด้านจิตสังคม ได้แก่ โรคจิตที่ควบคุมไม่ได้ ติดยาเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ที่รอการปลูกถ่ายไต จะต้องผ่านกระบวนการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผู้รับไตที่เหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหลังการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

## ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต

### 1. ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย

**1.1 ภาวะสลัดไต (rejection)** เกิดจากการที่ร่างกายถือว่าไตใหม่นั้นเป็นสิ่งแปลกปลอมและจะต้องถูกกำจัดโดยกระบวนการทางภูมิคุ้มกัน มักพบบ่อยใน 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด และในระยะยาวหลังผ่าตัดดีสามารถพบได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสลัดไต ได้แก่ ระดับยาไซโคลสโปอริน ที่ต่ำเกินไป และมีการติดเชื้อบ่อยครั้ง ภาวะสลัดไตมี 2 ลักษณะ<sup>(46)</sup> คือ

**1.1.1 ภาวะสลัดไตเฉียบพลัน (acute rejection)** อาจพบได้ตั้งแต่ 10 วัน จนถึง 4 เดือน หลังผ่าตัด อาการคือ มีไข้ ปวดบวมบริเวณไตใหม่ และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะหรือจำนวนปัสสาวะลดลงอย่างรวดเร็ว

**1.1.2 ภาวะสลัดไตเรื้อรัง (chronic rejection)** มักเกิดหลังจากการผ่าตัดแล้ว 6 เดือนขึ้นไป หน้าที่ของไตจะค่อยๆ ลดลง ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ สิ่งที่พบก่อนเสมอคือ ความดันโลหิตสูง บวมเนื่องจากมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย น้ำหนักขึ้นมากจนควบคุมไม่ได้

**1.2 เนื้อออก** พบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีอัตราการเกิดเนื้อออกหรือมะเร็งของอวัยวะต่างๆ สูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบร้อยละ 1-16 ชนิดของมะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดของยากดภูมิคุ้มกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาอะซาทัยโอพรีนเป็นยาหลัก มักพบมะเร็งของผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 40 รองลงมาคือ มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 21 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาไซโคลสโปอรินเป็นยาหลักมักพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 30<sup>(47)</sup>

**1.3 ความดันโลหิตสูง** พบบ่อยประมาณร้อยละ 20-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง ซึ่งมีผลต่ออัตราการอยู่รอดของไตใหม่ และอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต<sup>(48)</sup> สาเหตุคือ ภาวะสลายไตเฉียบพลันและภาวะสลายไตเรื้อรัง การได้รับสารสเตียรอยด์ ทางเดินปัสสาวะอุดตัน การตายอย่างฉับพลันของท่อไต เส้นเลือดตีบตันหลังการผ่าตัด ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง การสร้างสารเร็นนินจากไตเดิมมากขึ้น พิษจากยาไซโคลสปอริน<sup>(46)</sup>

**1.4 โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด** ในต่างประเทศพบโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 30-50 ของการตายทั้งหมดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต<sup>(49)</sup> โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตในระยะยาวมากกว่า 5 ปีขึ้นไป<sup>(50)</sup> โดยพบอุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองตีบ หรืออุดตัน ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตมากกว่าคนปกติถึง 25 เท่า<sup>(51)</sup>

**1.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง** พบมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ผู้ป่วยจะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อุบัติการณ์ของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากอายุที่มากขึ้น ภาวะโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ เบาหวาน ภาวะไตเสื่อมสภาพ การใช้ยาขับปัสสาวะ ยาต้านแคลเซียม ยาไซโคลสปอรินและสเตียรอยด์

**2. ภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน** เพื่อป้องกันภาวะสลายไต ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันไปตลอดชีวิต ซึ่งยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนมากแม้ว่าจะใช้อย่างระมัดระวังก็ตาม<sup>(52)</sup>

**2.1 ยา Cyclosporine** ใช้ป้องกันภาวะสลายไต ซึ่งผลการใช้ดีมาก ทำให้อัตราการอยู่รอดของไตใหม่ยาวนานขึ้น ผลข้างเคียงคือมีฤทธิ์ต่อไต ทั้งแบบเฉียบพลัน ซึ่งจะทำให้ระดับครีอะตินินในเลือดสูงขึ้น ปัสสาวะน้อยลง ความดันโลหิตสูง และแบบเรื้อรัง คือ จะทำลายหลอดเลือดฝอยที่ไต ทำให้ไตขาดเลือด นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต่อต้าน ทำให้ระดับบิลิรูบินสูง ผิวหนังหนาขึ้นและหยาบกร้าน อ้วน ขนขึ้นมาก ระดับของคลอเรสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดเก๊าท์จากระดับของกรดยูริกในเลือดสูง

**2.2 ยา Corticosteroids** ใช้ป้องกันการเกิดปฏิกิริยาต่อต้านอวัยวะ โดยให้ร่วมกับยาไซโคลสปอริน (cyclosporine) ใช้ในขนาดสูงเพื่อรักษาภาวะสลายไต ผลข้างเคียง ทำให้ใบหน้ากลม น้ำหนักขึ้นมาก ลำตัวอ้วน เบาหวาน มีปัญหาทางสายตา ไขมันในเลือดสูง

การเจริญเติบโตช้าในเด็ก ติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อรา และเชื้อไวรัส เกิดแผลใน  
กระเพาะอาหารและลำไส้ ความดันโลหิตสูง อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ  
กระดูกเปราะและผุง่าย

2.3 ยา Antilymphocyte globulin : ALG และ ยา Antithymocyte globulin : ATG  
ใช้ป้องกันการสลายไตโดยใช้เป็นยากดภูมิต้านทาน และใช้เป็นยารักษาภาวะสลายไต  
เฉียบพลัน ซึ่งให้ผลดีกว่าสเตียรอยด์ ผลข้างเคียงคือ มีไข้ หนาวสั่น

2.4 ยา Monoconal antibody : MAB ได้แก่ OKT 3 เป็นยากดภูมิต้านทานที่แรงมาก  
ใช้รักษาภาวะสลายไตที่ให้ผลดีมาก พบว่ามีผลสำเร็จถึงร้อยละ 94 แต่เนื่องจากมีราคาแพง  
มาก จึงมักใช้เป็นยาตัวที่สองเมื่อใช้ antilymphocyte globulin และ antithymocyte  
globulin หรือสเตียรอยด์ขนาดสูงแล้วไม่ได้ผล ส่วนการใช้เพื่อป้องกันภาวะสลายไตนั้น มักใช้  
ในผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตครั้งที่สอง หรือมีแอนติบอดีต่อตนเองมาก ผลข้างเคียงได้แก่ มีอาการ  
แน่นหน้าอก หนาวสั่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำท่วมปอด ซึ่งสามารถป้องกันได้โดย  
การให้ยาลดไข้ ยาต้านฮีสตามีน และสเตียรอยด์

2.5 ยา Prograf ใช้เมื่อยาสเตียรอยด์ OKT 3 ไม่ได้ผลในการรักษา ผลข้างเคียง  
ได้แก่ มีพิษต่อตับอ่อนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผม่วง และระดับยาในเลือดสูงจะมี  
พิษต่อไต<sup>(53)</sup>

2.6 ยา Azathioprine ใช้ป้องกันการเกิดภาวะสลายไต ผลข้างเคียงคือ มีฤทธิ์กดไข  
กระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ตับและตับ  
อ่อนอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ผม่วง และมีโอกาสเกิดมะเร็งสูง โดยเฉพาะมะเร็งของผิวหนัง  
ชนิดสแควมัสเซลล์ (squamous cell carcinomas of skin)<sup>(47)</sup>

#### 1.4 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

##### 1. ด้านร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่

1.1 ระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด ภาวะที่พบบ่อยในระบบนี้ คือ ภาวะ  
โลหิตจาง ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคต่ำ มีอาการซีด อ่อนเพลีย  
เหนื่อยง่าย เป็นภาวะที่ทำให้โรคไตรุนแรงขึ้นถึงแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วย  
เครื่องไตเทียมก็ตาม สาเหตุของโลหิตจางเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากเม็ดเลือดแดงมี  
อายุสั้นกว่าปกติ จากไตสร้างฮอร์โมน erythropoietin ลดลง ทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือด  
แดงลดลงด้วย เนื่องจากร่างกายมีภาวะเป็นกรด มีสารพิษมาก ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่าย  
มีอายุสั้นกว่าปกติ ร้อยละ 30-50 ของอายุเม็ดเลือดแดง จากมีการสูญเสียเลือดไปกับระบบ  
ทางเดินอาหาร การเจาะเลือดไปตรวจบ่อยๆ และการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม จะเสียเลือดประมาณเดือนละ 400-600 มิลลิลิตร ทำให้มีการสูญเสียเหล็กไปด้วย (เลือด 20 มิลลิลิตร มีเหล็ก 5 มิลลิกรัม) ฉะนั้น ผู้ป่วยจึงมีภาวะซีดจากการขาดเหล็กเป็นส่วนใหญ่ (iron deficiency anemia) จากมีการหลังฮอร์โมนพาราไทรอยด์มาก เนื่องจากการกระตุ้นจากภาวะแคลเซียมต่ำในเลือด มีผลให้ไขกระดูกเกิดพังผืดไขกระดูกฝ่อ จึงไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงได้และสุดท้ายคือขาดสารที่เป็นองค์ประกอบในการสร้างเลือด ได้แก่ folic acid, วิตามินบี เนื่องจากต้องจำกัดผักสดและผลไม้ ภาวะโลหิตจางเรื้อรังนี้ ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy: LVH) ได้ภาวะเลือดออกง่าย ในภาวะยูรีเมียตรวจพบว่าเกล็ดเลือดมีคุณภาพลดลง ทั้งที่มีจำนวนเกร็ดเลือดปกติ และอีกทั้งยังทำให้มี platelet factor III ลดลง ทำให้การแข็งตัวของเลือดต้องใช้เวลาาน บางครั้งอาจพบภาวะเกร็ดเลือดต่ำภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ ภาวะยูรีเมียยับยั้งการทำงานของ immunoglobulin และ complement เกิดการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นอาหาร น้ำ และการสัมผัสเชื้อโรค

## 1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ

ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบความดันโลหิตสูง พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย เกิดเนื่องจากมีน้ำและเกลือโซเดียมคั่งมาก ร้อยละ 10 ของความดันโลหิตสูง เป็นผลมาจากการกระตุ้นการหลั่งสารเรนินแองจิโอเทนซิน และอัลโดส เตอโรน ซึ่งเป็นกลไกการเกิดความดันโลหิตสูงจากไตเองผู้ป่วยจะมีอาการบวม ปวดศีรษะ ตอนตื้นนอนเป็นเวลานาน 2-3 ชั่วโมง และมีอาการหุ้้อผลของความดันโลหิตสูงในระยะยาว จะทำให้เกิดหัวใจโต (cardiomegaly) เส้นเลือด ในสมองโป่งพองและแตกได้ และยังทำให้มีเลือดออกในตาและตาบอดในผู้ป่วยบางรายภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้บ่อยมาก สาเหตุจากความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายมากเกินไป ภาวะโลหิตจาง การคั่งของโปแตสเซียมทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ พบได้บ่อยร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วย มักพบร่วมกับภาวะที่มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ หรือมีเพียงเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า มีอาการหายใจเหนื่อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย มีไข้ต่ำๆ ร่วมกับการตรวจพบระดับของเสีย (urea) ในเลือดมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องทำการทดแทนไตหรือเจาะเอาน้ำหรือหนองออกจากเยื่อหุ้มหัวใจ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

**1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง** ความผิดปกติของไขมันที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น HDL ลดลง ส่วน total cholesterol เพิ่มไม่มากนัก สาเหตุของความผิดปกติมีหลายประการ เช่น ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยเอง ความผิดปกติของฮอร์โมนอื่นๆที่ส่งผลให้มีความผิดปกติของไขมันตามมา เป็นต้น ความผิดปกตินี้พบได้เมื่ออัตราการกรองของไตลดลงต่ำกว่า 50 ซีซี. ต่อนาที หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าบุคคลปกติ มีรายงานการศึกษาทางยุโรปพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยก่อนล้างไต คือ HDL ที่ต่ำ<sup>(54)</sup>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว มีไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 150 mg/dl อาจให้การรักษาต่อด้วยอาหารที่มีพลังงานและไขมันต่ำ

**1.4 ระบบประสาท** ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลายระบบประสาทส่วนกลาง การคั่งของของเสียในเลือด และการเสียดุลของเกลือแร่ในร่างกายมีผลไปก่อกำหนดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง อาการเริ่มตั้งแต่มีอาการซีดลงขาดสมาธิความตั้งใจทำงานลดลง การตัดสินใจไม่ดี มีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีความผิดปกติของการนอน (sleep disturbance) นอนไม่หลับตอนกลางคืนแต่ง่วงซึมตอนกลางวัน ปวดขาที่ขาประกอบกิจกรรมได้น้อยลง เมื่อเป็นมากขึ้นอาจเกิดอาการสับสน ไม่รู้วันเวลา บุคคล สถานที่ที่ประสาทหลอน และกลายเป็นโรคจิตได้ ขึ้นกับบุคลิกภาพก่อนเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลด้วยถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีอาการกระตุกชัก เพื่อ และหมดสติในที่สุด ต้องแก้ไขด้วยการทดแทนไตระบบประสาทส่วนปลาย การคั่งของของเสียในเลือด และการเสียดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้การส่งผ่านของกระแสประสาทในอวัยวะต่างๆลดลง ทำให้มีความผิดปกติของประสาทส่วนปลาย เกิดอาการปวดแสบปวดร้อนที่เท้าจับต้องแล้วเจ็บ ขยับเท้าตลอดเวลา(restless leg syndrome) กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริวและชา เดินเท้าห่างการทรงตัวไม่ดีต้องแก้ไขด้วยการทดแทนไต

**1.5 ระบบทางเดินหายใจ** ที่พบบ่อย คือ ภาวะน้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ มักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะน้ำท่วมปอด มีสาเหตุจากการไม่จำกัดน้ำและเกลือขณะที่มีปัสสาวะน้อย ผู้ป่วยจะหายใจเหนื่อยหอบลึก (Kussmaul's breathing) อาจมีอาการไอเป็นเลือด นอนราบไม่ได้ ร่างกายขาดออกซิเจนหมดสติและเสียชีวิตได้ ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วด้วยการทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อช่วยขับน้ำออกอย่างรวดเร็วภาวะปอดอักเสบ มักเกิดจากการมีภาวะยูรีเมียที่รุนแรง ลมหายใจมี



กลิ่นของUrea หรือ กลิ่นปัสสาวะ ค่า Urea, Creatinin สูงมาก ถ้าไม่รักษาอาจทำให้มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้

**1.6 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อ และกระดูกฝุ (renal steodystrophy) โรคไตเรื้อรังทำให้เกิดภาวะการขาดวิตามินดีและฟอสเฟตคั่งในเลือดทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำและ hyperparathyroidism ส่งผลให้เกิด renal osteodystrophy นอกจากนี้ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงเองยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและการตายของผู้ป่วยอีกด้วย มีการศึกษาในผู้ป่วยฟอกเลือดแล้วเกิน 1 ปี พบว่าหลังจากการปรับตัวแปรต่างๆที่มีผลต่ออัตราการตาย<sup>(55)</sup> อัตราการกรองที่โกลเมอรูลัสลดลง ทำให้มีการขับฟอสเฟตลดลงเกิดการรวมตัวของฟอสเฟตกับแคลเซียมในเลือด ร่วมกับไตไม่สามารถเปลี่ยนวิตามินดีให้อยู่ในรูปที่มีประสิทธิภาพจึงลดการดูดซึมแคลเซียมของลำไส้ ทำให้แคลเซียมในเลือดลดลง มีผลให้ต่อมพาราไทรอยด์หลังฮอริโมนมากขึ้น เพื่อดึงแคลเซียมออกจากกระดูกจึงทำให้มีอาการปวดข้อ และกระดูกพรุน ขณะเดียวกันการรวมตัวของฟอสเฟตกับแคลเซียมจะไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น เกาะที่ผิวหนังทำให้คัน ที่ตาทำให้ตามัว ที่ข้อต่อทำให้ข้อติด ที่หลอดเลือดทำให้เส้นเลือดเปราะเกาะลิ้นหัวใจทำให้ลิ้นหัวใจรั่ว ที่ปอดทำให้ไอ และเกาะที่กระดูกทำให้กระดูกงอก นอกจากนี้พบว่ามีการสะสมของน้ำในผู้ป่วยลูกหนังเดินลำบากจนถึงเดินไม่ได้

**1.7 ระบบทางเดินอาหาร** ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน พบว่า มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรับรู้รสเปลี่ยน และมีอาการระคายเคือง ท้องเสีย ท้องผูกมีเลือดออก มีแผลในช่องปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้นและลำไส้ใหญ่ แผลในช่องปาก เกิดจากสุขวิทยาของช่องปากไม่ดี และมี urea ที่คั่งในเลือดถูกขับออกมารวมกับน้ำลายแล้วแบคทีเรียในปากเปลี่ยน urea ให้เป็น ammonia ซึ่งจะระคายเคืองต่อเยื่อภายในปาก จึงเกิดแผลขึ้น และหายใจได้กลิ่นปัสสาวะ อาการกระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร เกิดจากมีการกระตุ้นการหลั่งของกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน เกิดจากภาวะ uremia ที่รุนแรง อาการท้องผูกเนื่องจากมีการจำกัดน้ำ อาหารที่มีกาก และมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยผลของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคขาดอาหารได้

**1.8 ระบบผิวหนัง** อาการที่เกิดขึ้นกับผิวหนังทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจคือ ผิวหนังแห้งและตกสะเก็ด เนื่องจากต่อมน้ำมัน และต่อมเหงื่อลีบฝ่อลงทำให้ไม่มีการขับเหงื่อและมีเกล็ดอยู่เรื่อย (uremic frost) เกาะที่ผิวหนังทำให้ผิวหนังแห้ง

มีขุยขาวๆ มีอาการคัน จากผิวหนังแห้ง และมีแคลเซียมฟอสเฟตที่ผิวหนังมาก บางครั้งคันมากจึงเกาจนเป็นแผลเป็น (excoriation) ผิวหนังขีดและเหลือง เกิดจากภาวะโลหิตจางและมีสารยูโรโครม (Urochrome pigment) คั่งอยู่ที่ ผิวหนัง ผิวหนังมีจ้ำเลือดเกิดขึ้นจากการแตกของหลอดเลือดฝอยในภาวะยูริเมียที่รุนแรง เล็บและเส้นผมมีลักษณะแห้ง เปราะ ฉีกหรือขาดง่าย เนื่องจากขาดสารอาหารโปรตีน

### 1.9 ตา มักพบว่ามีตาแดง (Red eye syndrome) เกิดขึ้นจากการที่มี

แคลเซียมไปเกาะที่เยื่อตา แล้วทำให้เกิดการระคายเคือง อาจพบว่ามีภาวะผิดปกติของตาได้ (retinopathy) นอกจากนี้ยังพบมีการบวมบริเวณเยื่อตาจากภาวะโปรตีนต่ำได้

### 1.10 ระบบสืบพันธุ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความรู้สึกต้องการทาง

เพศลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทางเพศเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนที่ลดลง ทำให้เพศหญิงมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือไม่มาเลย บางรายมากผิดปกติจนเสียเลือดในเพศชายฮอร์โมนทางเพศเทสโทสเตอโรนที่ลดลงทำให้จำนวนเชื้ออสุจิน้อยลง จะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

## 2. ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และมีพฤติกรรมแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ บางรายเริ่มโกรธตัวเอง เกิดอาการก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ระยะต่อมามีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ และสิ้นหวัง<sup>(56)</sup>

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-5 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขัดแย้ง มีความเครียด วิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า<sup>(57)</sup> นอกจากนี้ความเครียดและความวิตกกังวลยังเกิดจากความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ข้อจำกัดของการรักษา เช่น การควบคุมอาหารโปรตีน โซเดียม ไปแทสเทียม การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม และการรับประทานยาตามแผนการรักษา รวมถึงการที่ต้องพึ่งพาการฟอกเลือด<sup>(58)</sup> ความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนอง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดขยาย เมื่อร่างกายมีความเครียดเป็นเวลานานจะมีการใช้พลังงานจำนวนมาก และดึงพลังงานสะสมออกมาใช้ รวมถึงขัดขวางการสะสมของไกลโคเจน<sup>(59)</sup> ร่างกายขาดพลังงานเพื่อใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อจึงเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น นอกจากนั้นจากการที่เกิดภาวะกดดันทางจิตใจเนื่องจากภาวะเรื้อรังของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดความตื่นตัว รู้สึกเหนื่อยหน่าย ง่วงซึมตลอดเวลา และเกิดความเหนื่อยล้าจากการที่กล้ามเนื้อขาดความตึงตัว<sup>(59)</sup>

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าจากการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น<sup>(57)</sup> ในรายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กลัวว่าชีวิตของตนเองจะไม่ยืนยาว อีกทั้งการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นภาระต่อผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทุกวันวันละ 4-6 ครั้ง ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง รวมประมาณ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต จนอาจทำให้เกิดการตอบสนองทางจิตใจในด้านต่างๆ ได้เช่น ซึมเศร้า กังวลใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทางกรมแพทย์เชื่อว่าผลจากการเจ็บปวดที่มีการรักษาไม่สิ้นสุด การเกิดความรู้สึกว่าตนต้องพึ่งพาบุคคลอื่นอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้ขาดความยั้งคิดและแสดงความก้าวร้าวออกมา<sup>(60)</sup> ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต จากการศึกษาของเฟรย์<sup>(61)</sup> ในความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ในสหรัฐอเมริกาพบว่าความเครียดอันดับแรกคือ ความรู้สึกกลัวที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก รองลงมาคือกลัวเกิดภาวะสลดไต และการที่จะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของโดวีเซท<sup>(62)</sup> เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตในประเทศอังกฤษ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความวิตกกังวลในเรื่องภาวะสลดไต การที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต

### 3. ด้านสังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจ

จากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวออกห่างจากสังคม ไม่อยากเข้าสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยจะต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวการรักษา หมดกำลังใจ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องสูญเสียงาน ทำให้สูญเสียเงิน ทำให้ส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัว ไม่เพียงแต่เสียเวลาในการทำงาน แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาหรือต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ยังเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลบุตรหลานได้อย่างเต็มที่<sup>(63)</sup> การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จะมีค่าใช้จ่ายครั้งละประมาณ 1,500-3,000 บาท ผู้ป่วยจะต้องฟอกเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และใน 1 เดือนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000-30,000 บาท และต้องทำตลอดไป จากภาวะของโรคทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้เต็มเวลา ผู้ป่วยจึงต้องเปลี่ยนอาชีพทำให้มีรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย<sup>(64)</sup> และในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดไป ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจพิเศษ ค่าตรวจเลือด ค่ายา โดยเฉพาะยากดภูมิต้านทานที่ราคาค่อนข้างสูง ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายดังกล่าว หากไม่มีหน่วยงานของรัฐบาลหรือบริษัทประกันชีวิตรับผิดชอบ จะเป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป และแม้แต่ระบบประกันสังคมของประเทศ และนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของประเทศ ก็ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตด้วย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนไตอยู่ที่ 150,000-200,000 บาทต่อราย ค่ายากดภูมิต้านทานปีแรกประมาณ 200,000 บาท ต่อรายต่อปี และในปีต่อไปประมาณ 100,000 บาทต่อรายต่อปี<sup>(65)</sup>

### 3.2 ภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ภาวะตึงเครียดระแวงระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งต่างๆที่ยังมาไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จมูกบวมกึ่งวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก<sup>(3)</sup>

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย<sup>(66)</sup> กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

ระวีวรรณ นิวาตพันธุ์<sup>(67)</sup> ให้ความหมายว่า อาการวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่รู้สึกวุ่นวายไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และมีอาการไม่สบายต่างๆ เช่น รู้สึกจุกแน่น อึดอัดในอกหรือหัวใจ เหงื่อออกตามแขนขา ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะทันที (ANS disturbance) ลุกลุกนอน เดินไปมา

แขนขาสั่น (psychomotor) นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังเป็นผลต่อการรับรู้ต่างๆและความคิด (cognition) โดยทำให้สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี และการแปลความหมายสิ่งที่รับมาผิดพลาดได้

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>(3)</sup> ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระวังระวัง หรือบางครั้งอาจมีอาการตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นรัว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะมีพบในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช<sup>(68)</sup> กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจ และความหวาดหวั่น เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึง ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย หรือจิตใจ เช่น การคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตนและความผาสุก

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ<sup>(69)</sup> กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เนื่องจากว่ามีบางสิ่งมาคุกคามเอกลักษณ์ของตนเอง หรือต่อความนับถือตนเองต่อสุขภาพ หรือเมื่อต้องทำการที่เกินความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุขและมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้ด้อยไป

Stuart & Laria<sup>(70)</sup> กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่จะเกิดขึ้น บางครั้งจะรู้สึกกระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตื่นตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

จากการศึกษานี้ ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตหรือต่อสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งได้คาดการณ์ล่วงหน้าในเชิงลบก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางร่างกาย เช่น ท้องไส้ปั่นป่วน ปวดศีรษะ ใจสั่น หายใจเร็ว หรือทางจิตใจ เช่น เกิดความหวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ ส่งผลให้ การรับรู้ ความคิดของบุคคลด้อยลงไป รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

### สาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล<sup>(71)</sup>

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล

2. ภาวะวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน หรือการเจ็บป่วยทางร่างกาย

3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล Beck and Emery<sup>(72)</sup> ได้แยกอาการวิตกกังวลตามปกติออกจากภาวะปกติโดยอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือขั้นเป็นพยาธิสภาพมีข้อพิจารณาดังต่อไปนี้

1. การตอบสนองของร่างกายมีสัดส่วนต่างกันอย่างมากกับภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น

2. การตอบสนองของร่างกายยังคงมีต่อเนื่องหลังจากที่ภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นหมดไปแล้ว

3. มีความบกพร่องของสติปัญญา การทำหน้าที่ทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ

4. บุคคลมีความทุกข์ทรมานจากภาวะการตอบสนองของร่างกาย เช่น ถ้าใส่ฮักเสปหรือผิวหนังฮักเสป

### อาการของภาวะวิตกกังวล<sup>(73, 74)</sup>

1. ด้านร่างกาย เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการ ทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและเกิดอาการต่างๆ เช่น หัวใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง วิงเวียน เป็นลม มือเท้าเย็น เหงื่อออก แขนงหน้าอก หายใจเป็นจังหวะสั้นไม่เต็มที อาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ท้องเดิน ท้องผูก ปวดแสบปวดร้อนในกระเพาะอาหาร รู้สึกชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ประจำเดือนผิดปกติ นอนไม่หลับ

2. ด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกตึงเครียด อึดอัด หวาดหวั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ท้อแท้ สิ้นหวังรู้สึกไร้คุณค่า ต่ำหนืดตนเองและผู้อื่น รู้สึกมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น และไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือช่วยเหลือตนเองได้ บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น

3. ด้านพฤติกรรม มีการแสดงออกของพฤติกรรมทางคำพูดและท่าทาง เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กระสับกระต่าย กำมือแน่น พูดเร็ว พูดเรื่องซ้ำเดิม ใจลอย เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมายแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หลีกเลียงจากบุคคลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล
4. ด้านความคิด สติปัญญา และการรับรู้ โดยมีความหมกมุ่น ฟุ้งซ่านไม่มีสมาธิ ความจำลดลง ลืมง่าย สับสน ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง ระดับการรับรู้ลดลง

### - ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมามักจะทำในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือด ได้แก่

พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย<sup>(75)</sup> ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความชุกของอาการวิตกกังวลร้อยละ 19 และโรควิตกกังวลร้อยละ 16

ชุตินา หุ่มเรืองวงษ์<sup>(76)</sup> ได้ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบ ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.7

ภักจิรา รัชตะสังข์<sup>(77)</sup> ได้ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 27.8

### 3.3 ภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กสานติกุล<sup>(5)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการร่วมอื่นๆที่แสดงออก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานหรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆดังนี้

1. อาการทางกาย (vegetative symptoms) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ

ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยรุ่นหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (Atypical)

2. จิตใจการเคลื่อนไหว (psychomotor) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มักมีอาการเซื่องซึม เซื่องช้า เหม่อลอย พุดซ้ำ เคลื่อนไหวช้า ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการซึมเศร้าแบบกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression)

3. อาการทางความคิด (cognitive symptoms) มองโลกในแง่ลบ ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ บางรายที่เป็นรุนแรง จะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตัวเอง รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า ไม่มีทางออก ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

Beck<sup>(78)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม

Kaplan และ Sadock<sup>(79)</sup> กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า มีความหมายใน 3 ด้านคือ ในด้านความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ในด้านความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกให้เห็นเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน ความรู้สึกเห็นค่าในตัวเองลดลงและความคิดช้าลงกว่าเดิม และในด้านสุดท้ายคือการดำเนินอาการดังกล่าวยาวนานจนเข้าสู่ระยะอาการของโรคซึมเศร้า

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล<sup>(80)</sup> ให้ความหมายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด เป็นต้น

อลิสสา วัชรสินธุ์<sup>(81)</sup> กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความ รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

### สาเหตุของภาวะซึมเศร้า<sup>(5)</sup>

#### 1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุดปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างแล้ว



Bibring อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือ ต้องการเป็นที่รัก (loved) เด่น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good loving) ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัย และหมดความภาคภูมิใจ

Adolf Myer อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบเช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan อธิบายว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า

Arieti อธิบายว่า การมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดา หรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงในหลายๆด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการณชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้เป็นภาวะซึมเศร้า

## 2. สาเหตุจากมีความคิดในแง่ลบ (Negative cognition)

Aron Beck กล่าวว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนี้

2.1 มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

2.2 มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

2.3 มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

## 3. สาเหตุจากพฤติกรรม (Behavioral models)

3.1 ภาวะท้อแท้ ท้ออาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวและผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำเล่า

3.2 ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชยรางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

#### 4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models)

4.1 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารโอดีมและโพแทสเซียมทั้งในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติ โดยเฉพาะ bipolar

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

4.3 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptor) ที่ต่อข้อต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก โดยเชื่อว่าความเครียด ความคับแค้นใจ จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพวกรัก ชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ (panic) ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetative) ของภาวะซึมเศร้า

#### อาการของภาวะซึมเศร้า<sup>(5)</sup>

1. อารมณ์เศร้าหมอง (อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดในเด็กและวัยรุ่น) และมีอาการร่วมอื่นๆ เป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย และมีอาการเกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวันนานสองสัปดาห์ขึ้นไป

2. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน หรืออารมณ์เบื่อหน่ายไม่มีความสุข (anhedonia) ผู้ป่วยจะไม่มีความรู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมที่เคยชอบ เช่น พูดว่า "หมดอาลัยตายอยาก" "ไม่สนใจใยดีอีกแล้ว" "เบื่อหน่ายไปหมด" บางคนมีอาการเย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นน้ำใจจึงดูเคร่งเครียดยิ้มไม่ออกและไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบเช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฯลฯ ผู้ป่วยอาจจะไม่บ่นระบายความรู้สึกดังกล่าวเพียงแต่แยกตัวเฉื่อยชา ทำตัวห่างเหินจนเป็นที่สังเกตเห็นได้ต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง ความรู้สึกเบื่อหมดความเพลิดเพลินอาจเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ แทนที่จะเป็นอาการซึมเศร้า

3. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดมากและผ่ายผอม เด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้ำหนักอาจจะไม่ลดให้เห็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามเกณฑ์อายุ ผู้ป่วยกลุ่มที่อาการไม่ตามรูปแบบ (atypical depression) กลับจะมีอาการ

เจริญอาหาร รับประทานมากขึ้น คล้ายๆกับ “กินแก๊งลุ่ม” ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีปัญหาเรื่องอ้วนตามมา

4. อาการนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหานอนไม่หลับ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นอาการแรกที่รบกวนผู้ป่วย ทำให้ต้องมาพบแพทย์แทนที่จะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับมีได้ตั้งแต่ต้นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับในระยะต้น (initial insomnia) บางคนนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (total insomnia) เป็นลักษณะการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าไม่รู้สึกรู้สิดขึ้นเมื่อตื่นนอน อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตื่นตัวเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

5. อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวอยู่ยาวนาน 2-3 วันหรือสัปดาห์ การนอนหลับหรือการพักผ่อนไม่ช่วยทำให้ดีขึ้น

6. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) อยู่ไม่เป็นสุข ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปเดินมา บ่นพึมพำกับตนเอง ภู่นิ้วมือไปมา ขยี้ผมหรือดึงผมตนเอง เป็นพฤติกรรมซ้ำๆไร้จุดหมาย ผู้ป่วยบางคนโดยเฉพาะวัยรุ่นจะมีอาการเชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูดซ้ำๆ พูดเสียงเบาๆแทบไม่ได้ยิน หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ค่อม คอตก สีหน้าเฉยเมยหรือมีหน้านิ่งคิ้วขมวดที่หน้าผาก กิจวัตรประจำวันกลายเป็นเรื่องยากเย็นไป เช่น อาจใช้เวลาอยู่ในห้องน้ำนานๆ ผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงมากอาจมีอาการ คาทาโทเนีย (catatonia) คือ นอนหรือนั่งนิ่งๆในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ และชัดเจนต่อต้านเมื่อถูกจับให้เคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจนอนนิ่งเฉยไม่พูดจาหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆเหมือนไม่รู้สึกรู้สิด (depressive stupor) ผู้ป่วย มีความคิดความอ่านลดลง<sup>(82)</sup>

7. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีตั้งแต่ความรู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าใดๆในตนเอง ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

8. อาการไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าคิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายๆกับความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบด้านจิตวิทยาแล้วจะตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับ ตั้งแต่การทํากิจวัตรประจำวันธรรมดาๆ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูรายการโทรทัศน์

อาการขาดสมาธิมักจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจตนเอง และอารมณ์เสียได้ง่ายๆ ก่อให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว

9. อาการหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน ผู้ป่วยมักคิดว่าการตายน่าจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย อัตราเสี่ยงจะสูงสุดในผู้ป่วยที่แสดงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองจะหายจากการป่วย ไม่เห็นทางออกหรืออนาคตรู้สึกมีเดমন

10. อาการหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยซึมเศร้า อาจเป็นอาการนำที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมาปรึกษา ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และตั้งต้นหรือยืนยันกรานว่าตนเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

11. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน (diurnal mood) เป็นอาการจากภายในร่างกาย (endogenous) คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ พบถึงร้อยละ 72.4 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงของไทย<sup>(83)</sup>

12. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหาเดียวกันนี้ได้เช่นกัน

### 3.4 ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล Myrma M. Weissman and Helena Verdelli<sup>(84)</sup> พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้านหลักได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (grief/complicated bereavement) เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส ญาติพี่น้อง 2) ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (interpersonal role disputes) เช่น สมาชิกในครอบครัว ผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนสนิท 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงใดที่เกิดขึ้นกับสถานภาพชีวิต ได้แก่ การเริ่มต้นหรือสิ้นสุดความสัมพันธ์หรือการงานอาชีพ การย้ายที่อยู่ การเกษียณออกจากงาน การสำเร็จการศึกษา หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

และ 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นไว้

**ความสัมพันธ์ในครอบครัว** งานวิจัยของศิริพันธ์ กิตติสุขสถิตและคณะ<sup>(85)</sup> พบว่าผู้ป่วยไตเทียมที่ได้รับการฟอกเลือดส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตรับผิดชอบ หน้าที่ของตนเองให้มีประโยชน์ต่อครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lancaster<sup>(86)</sup> ศึกษาผู้ป่วยที่ทำการล้างไตพบว่า การเจ็บป่วยและผลของการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีเวลาที่จะเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและผู้ชื่อน้อยลง เพราะจะต้องใช้เวลากับการดูแลมากขึ้น จนในที่สุดผู้ป่วยจะแยกตัวจากสังคม

Reiss<sup>(87)</sup> ศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคไตวาย และเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตที่เป็นบิดาพบว่า การเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทำให้เค้าไม่มีเวลาในการดูแลลูกถึงบุตร การให้คำปรึกษาแนะนำรวมทั้งการให้การอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับมารยาท ความประพฤติ สิ่งเสพติด อบรม และดูแลส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยการพาไปออกกำลังกายพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งการไปและการรับส่งบุตรไปโรงเรียน และแทบไม่ได้แสดงพฤติกรรมเหล่านี้เลยกับบุตรชาย เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องใช้เวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษา

พัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข<sup>(42)</sup> พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจมากสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจน้อย และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่น้อง

**การมีผู้ช่วยเหลือดูแล** งานวิจัยของ ชาญ โพนกุล<sup>(88)</sup> พบว่าการให้คำปรึกษาและแนะนำแหล่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวหรือส่งเสริมให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจ และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุมาพร บรรณสาร<sup>(89)</sup> ศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 59.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถปรับตัวได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะสามารถปรับตัวได้น้อย

Mollaoglu<sup>(90)</sup> ศึกษาเรื่องการยอมรับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะยอมรับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ การปฏิบัติตัวและข่าวสารจากครอบครัว การพบปะเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้านจะลดลงอย่างรวดเร็วๆ หลังจากเริ่มการรักษาโดยการฟอกเลือด

**การปรับตัวและการจัดการกับปัญหา** งานวิจัยของวิกาวิ เวชรังสี<sup>(91)</sup> พบว่าผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้าใจว่า ตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องพึ่งพาเครื่องไตเทียมตลอด จึงจะทำให้มีชีวิตรอดอยู่ต่อไปได้ ต้องทนกับความเจ็บปวด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายกับการฟอกเลือด ทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ต่างๆออกมา เช่น กลัว โกรธ ก้าวร้าว ซึ่งพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการรักษา บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่

Rydholm & Pauling<sup>(92)</sup> ศึกษาผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับผู้ป่วยที่รักษาโดยการล้างช่องท้องแบบถาวร พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรู้สึกหมดหวัง (helplessness) มากกว่าผู้ป่วยที่รักษาโดยการล้างช่องท้องแบบถาวร เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาโดยการล้างช่องท้องแบบถาวรมีการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้านและไม่ต้องพึ่งบุคลากรที่โรงพยาบาลมากเท่ากับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

### การสนับสนุนทางสังคม

Brown<sup>(93)</sup> ได้ศึกษาผลการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ต่อกิจกรรมทางด้านการสังคม และการใช้เวลาว่างในผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 40 ลดการติดต่อกับเพื่อนและญาติ ร้อยละ 95 ไม่สามารถเดินทางไปเที่ยวไกลๆได้ เพราะการไม่มีเวลาที่จะต้องจำกัดอาหารน้ำ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ

**เพศ** งานวิจัยของหัสยา นิลอ่อน<sup>(94)</sup> พบว่าผู้ป่วยเพศชายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเพศหญิงส่งผลให้สุขภาพจิตต่ำลง

เดอนัวร์และคณะ<sup>(95)</sup> ศึกษาความแตกต่างในการป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยชายสามารถเป็นผู้นำได้ดีกว่าผู้ป่วยหญิง คือสามารถทำงานได้ตามปกติเมื่อพ้นภาวะยูรีเมีย

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ<sup>(95)</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเทียมที่ได้รับการฟอกเลือดพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีปัญหามากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

Gathercole<sup>(96)</sup> พบว่าผู้ชายจะมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเข้ารับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร แล้วจะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวไป เพราะไม่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิด

ปัญหาด้านการเงินตามมา สำหรับผู้ป่วยหญิงที่มีหน้าที่และมีบทบาทเป็นแม่บ้าน ดูแล ลูกๆ หรือดูแลบ้าน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยต้องลดบทบาทด้านนี้ลง ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำตามบทบาทที่ได้คาดหวังไว้ แต่ผู้ป่วยหญิงจะพบปัญหานี้น้อยกว่าชาย อาจเป็นเพราะความคาดหวังของสังคมที่แตกต่างกันนั่นเอง

**อายุ** จากการศึกษาของโอเนียล พบผู้ป่วยวัยชราที่รักษาด้วยการฟอกเลือดโดย เครื่องไตเทียมมีชีวิตอยู่อย่างมาก 2 ปี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆของ ร่างกาย เช่น หัวใจ ปอด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง จึงมีปัญหาทั้งทางด้าน ร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคมตามมา

**เดอนัว**<sup>(95)</sup> ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยวัยรุ่นที่รักษาด้วยการฟอกเลือด พบว่ามีพฤติกรรมแสดงความเป็นมิตร ก้าวร้าวและพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดได้

**สมศรี ศักดิ์สง่างษ์**<sup>(97)</sup> ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อายุ 35-60 ปี ที่รักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวด้านบทบาท ของ บิดา สามี การทำงาน และบทบาทของการป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่ม ตัวอย่างนี้มีความรับผิดชอบ แต่การวิจัยนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรม การแสดงออกในแต่ละบทบาทได้ไม่เต็มที่ หรือทำไม่ได้เลย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อของ เยื่อช่องท้อง การมีภาวะอัมพาตครึ่งซีก และบางรายมีสมรรถภาพร่างกายลดลง

**ระดับการศึกษา** งานวิจัยของหัตสยา นิลอ่อน<sup>(94)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ การศึกษาต่ำทำให้มีสุขภาพจิตที่ต่ำลงด้วย

**อาชีพ** จากการศึกษาของ Fuch & Schreirber<sup>(98)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่ต้องทำการล้าง ไตทางช่องท้อง มีจำนวนร้อยละ 7 สามารถทำงานได้เป็นปกติ ร้อยละ 7 สามารถทำงานได้ แต่ปริมาณและคุณภาพชีวิตของงานลดลง ร้อยละ 40 ต้องออกจากงานเนื่องจากสภาพ ร่างกายไม่เหมาะสมกับงาน และร้อยละ 46 ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เลย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านการทำงาน เกิดการ เปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน อาชีพ

**White**<sup>(99)</sup> พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมากกว่าครึ่งไม่สามารถประกอบ อาชีพเดิมหรือไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้

**รายได้และความเพียงพอของรายได้** จากการศึกษาของศรีสุดา รัศมีพงษ์<sup>(100)</sup> การรักษาด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยบางรายมีรายได้น้อย ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

สมชาย จิตเป็นธม<sup>(1)</sup> พบว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เสียค่าใช้จ่ายครั้งละประมาณ 3,000 บาท (ทั้งในสถานบริการทั้งรัฐและเอกชน) ถ้าได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 ครั้งจะประมาณได้ว่าปีละ 104 ครั้ง (52 สัปดาห์/ปี) ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะตกปีละประมาณ 312,000 บาท

ศรินยา พลสิงห์ชาญ<sup>(101)</sup> พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดช่วง 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 36.20 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเดือนอยู่ในช่วง 40,000-49,999 บาท ร้อยละ 44.83 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 58.62

**สถานภาพสมรส** งานวิจัยของ จุไรรัตน์ มิตรทองแท้<sup>(102)</sup> พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีคู่สมรสและสมรสมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 15 ปี จะมีความเข้าใจกัน มีความยินดีที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข

Salmon และคณะ<sup>(103)</sup> พบว่า ผู้ชายที่แต่งงานแล้วจะมีบทบาทใหม่เพิ่มขึ้นอีกคือบทบาทสามี บทบาทซึ่งต้องมีหน้าที่ในการดูแลหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไต บทบาทเดิมที่เคยกระทำอยู่ไม่สามารถกระทำได้อย่างสมบูรณ์ ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

Gathercole<sup>(96)</sup> พบว่า ปกติผู้ชายจะมีบทบาทหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเข้ารับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรแล้ว รู้สึกว่าตนเองสูญเสียหน้าที่บทบาทในครอบครัวไป เพราะไม่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้อย่างเต็มที่

Mollaoglu<sup>(90)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวใหญ่ขึ้นจะยอมรับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่ไม่ได้แต่งงาน

**ภาวะแทรกซ้อน** จากการศึกษาของเบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ<sup>(104)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการฟอกเลือด อาจมีภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบขึ้น 2 ประการ คือเกิดความเสียด้านข้างมากในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ประการแรก บางรายอาจเกิดความดันโลหิตต่ำ บางรายอาจมีอาการตะคริว บางรายมีอาการเต้นของหัวใจผิดปกติหวัะ (cardiac arrhythmia) นอกจากนี้ อาจเกิดอาการอุดตันของลิ้มเลือดในตัวกรอง



เลือด ประการที่สอง เกิดผลกระทบและมีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆในร่างกาย เช่น มีภาวะโลหิตจาง ทำให้สภาพร่างกายเกิดความอ่อนเพลียไม่แข็งแรง มีการรบกวนต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เคลื่อนไหวลดลง มีอาการปวดกระดูก นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว มีอาการคัน เมื่อผู้ป่วยรักษาไปนานๆทำให้มีปัญหาด้านจิตสังคมตามมา

Newton<sup>(105)</sup> ศึกษาผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรมักมีอาการอ่อนเพลียจากการล้างไตที่ไม่พอเพียง ภาวะโลหิตจาง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ดุสิต ล้ำเลิศกุล<sup>(46)</sup> พบว่าภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตได้แก่ ภาวะสลดไต โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน

**ระยะเวลาในการเจ็บป่วย** จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรของ Kurtz และ Johnson<sup>(106)</sup> พบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆและการอยู่ในโรงพยาบาลนานเป็นความเครียดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และยังพบอัตราการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรจะสูงกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Bihi และคณะ<sup>(107)</sup> พบว่าความถี่ในการเข้าโรงพยาบาลเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งพบในกลุ่มที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (Target population)** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากรตัวอย่าง (Sample population)** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคไตแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 และผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria)

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

**เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)** คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha pq}}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

$Z_{\alpha}$  = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95 %

$p$  = ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจากการศึกษาที่ผ่านมา (เป็นค่าประมาณ = 0.44)<sup>(108)</sup>

$q$  =  $1 - 0.44 = 0.56$

$d$  = acceptable error = 0.1

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.44)(0.56)}{(0.1)^2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 94.65 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 95 คน

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดขึ้นอีก 10% เท่ากับ 105 คน

### 2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตาม inclusion criteria และ exclusion criteria ที่คลินิกโรคไตของแผนกอายุรกรรม ภาพร.ชั้น 3 ทุกวันพุธเวลา 13.00-16.00 นาฬิกา

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการของโรคในปัจจุบัน

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย** (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaitz โดย ธนา นิลชัยโกวิท<sup>(4)</sup> Thai HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อ เป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

0-7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

8-10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases)

11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

**การให้คะแนนและแปลผล** ในการศึกษานี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

**ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ** ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ<sup>(4)</sup> ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 60 ราย โดยทดสอบความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือ โดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่าสามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ดี มีความไว(sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวลมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า สำหรับค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ พบว่า ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.83 สำหรับ depression sub-scale

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire)** ใช้วัดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบสอบถามนี้แปลและพัฒนาจากคู่มือการบำบัดทางจิตโดย ฟิรพอร์ ลีอบูญธวัชชัย<sup>(84)</sup> ซึ่งแปลมาจาก Myrma M. Weissman and Helena Verdelli ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability)โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี

ประกอบด้วย 4 หัวข้อคำถามใหญ่ๆที่เกี่ยวกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ด้านที่ 1 อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (grief/complicated bereavement) มีระดับคะแนนที่ 0-12 (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79)

ด้านที่ 2 ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต (interpersonal role disputes) มีระดับคะแนนที่ 0-15 (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96)

ด้านที่ 3 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) มีระดับคะแนนที่ 0-9 (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96)

ด้านที่ 4 ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) มีระดับคะแนนที่ 0-12 (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82)

#### การคิดคะแนนและแปลผล

ช่วงระดับคะแนน มีการปรับตัวและ มีปัญหาการปรับตัวและ มีปัญหามากในการปรับตัว  
แก้ไขปัญหาที่ดี แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

ด้านที่ 1 (0-12)	0-3	4-6	7-12
ด้านที่ 2 (0-15)	0-5	6-10	11-15
ด้านที่ 3 (0-9)	0-3	4-6	7-9
ด้านที่ 4 (0-12)	0-3	4-7	8-12

การแปลผลคะแนนที่ได้มาจากการศึกษาของพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัยและคณะ<sup>(84)</sup> โดยได้จากการเปรียบเทียบการปรับตัวในปัญหาสัมพันธภาพแต่ละด้านกับการประเมินทางคลินิกของจิตแพทย์

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire)** โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย<sup>(75)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 2-7 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5

**การให้คะแนนและการแปลผล** ในการศึกษานี้การกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normal distribution) จึงอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) โดยพบว่า  $\text{mean} \pm \text{SD} = 13.32 \pm 5.375$  จึงพิจารณาให้ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวดีเท่ากับระดับคะแนนที่มากกว่า 18.695 คะแนนขึ้นไป ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวปานกลางเท่ากับระดับคะแนนตั้งแต่ 7.945 - 18.695 คะแนน ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวไม่ดีเท่ากับระดับคะแนนที่น้อยกว่า 7.945 คะแนน

**ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ** ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยนอกแผนกไตเฉพาะทางเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แผนกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือและแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม
5. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ศูนย์วิทยุโทรพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) for Windows version 16

1. นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ และภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็น ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ ) หลังจากนั้นวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ logistic regression โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ )

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตสังคม ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกแผนกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 105 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการอ่านให้ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งได้เป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 2 ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน  
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	64	61.0
ชาย	41	39.0
<b>อายุ</b>		
≤ 40 ปี	30	28.6
41 - 60 ปี	48	45.7
61 - 80 ปี	24	22.9
≥ 81 ปี	3	2.8
Mean ± SD = 50.77 ± 16.15, Min = 18, Max = 96		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	26	24.8
คู่	59	56.2
หม้าย	12	11.4
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	7.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	4.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	56	53.3
ปริญญาตรี	36	34.3
สูงกว่าปริญญาตรี	8	7.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	34.3
รับราชการ	21	20.0
ลูกจ้าง พนักงาน	19	18.1
ธุรกิจส่วนตัว	14	13.3
รัฐวิสาหกิจ	8	7.6
ข้าราชการบำนาญ	5	4.8
รับจ้าง	2	1.9
<b>รายได้</b>		
มี	69	65.7
ไม่มี	36	34.3
<b>จำนวนรายได้ (n=69)</b>		
< 10,000 บาท	15	21.7
10,000 - 20,000 บาท	25	36.3
> 20,000 ขึ้นไป	29	42.0
Mean $\pm$ SD = 23,504 $\pm$ 16,699, Min = 1,000, Max = 80,000		
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
จ่ายเงินเอง	24	22.9
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	49.5
ประกันสังคม	14	13.3
โครงการ30บาท/บัตรผู้สูงอายุ/พระภิกษุ	14	13.3
บัตรผู้มีอุปการะคุณของรพ.จุฬาฯ	1	1.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่</b>		
สูบ	1	1.0
ไม่สูบ	104	99.0
<b>การดื่มกาแฟ</b>		
ดื่ม	14	13.3
ไม่ดื่ม	91	86.7
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>		
มี ระบุชื่อโรค	2	1.9
ไม่มี	103	98.1
<b>ผู้ดูแล</b>		
มี	92	87.6
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
-คู่สมรส	48	45.7
-บุตรหลาน	42	40.0
-พ่อแม่	23	21.9
-พี่น้อง	23	21.9
-ผู้รับจ้าง	8	7.6
-อื่นๆ	6	5.7
ไม่มี	13	12.4

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) มีอายุเฉลี่ย 50.77 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 49.5) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99) ไม่ดื่มกาแฟ (ร้อยละ 86.7) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 98.1) มากกว่าครึ่งมีผู้ดูแล (ร้อยละ 87.6)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ</b>		
มี	58	55.2
ไม่มี	47	44.8
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง</b>		
0-3 ปี	23	21.9
> 3-5 ปี	24	22.9
> 5-10 ปี	33	31.4
> 10 ปี	25	23.8
Mean $\pm$ SD = 8.26 $\pm$ 7.75 เดือน, Min = 3 เดือน, Max = 40 ปี		
<b>ในช่วง 1 ปี มีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคไตเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อน</b>		
มี	44	41.9
1 ครั้ง	25	56.8
2 ครั้งขึ้นไป	19	43.2
ไม่มี	61	58.1
Mean $\pm$ SD = 1.82 $\pm$ 1.167, Min = 1, Max = 6		
<b>ชนิดของการรักษาอื่นนอกจากยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=70)</b>		
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	51	72.8
การปลูกถ่ายไต	29	41.4
การล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง	7	10.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	64	61.0
โรคไขมันในเลือดสูง	36	34.3
เบาหวาน	27	25.7
โรคซีด	26	24.8
โรคข้อเสื่อม	12	11.4
โรคหลอดเลือดหัวใจ	8	7.6
โรคเก๊าท์	7	6.7

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่าครึ่งมีโรคประจำอื่นๆ (ร้อยละ 55.2) นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.8) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมด้วย ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 31.4) เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 56.8) มีภาวะแทรกซ้อนคือ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทางจิตสังคม	การปรับตัวและการแก้ไขปัญหา					
	ดี		มีปัญหา		มีปัญหามาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</b>						
- อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิต ของบุคคลอันเป็นที่รัก	32	30.5	45	42.8	28	26.7
- ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต	54	51.4	42	40.0	9	8.6
- การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม	92	87.6	12	11.4	1	1.0
- ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ	64	61.0	40	38.0	1	1.0
<b>ปัจจัยทางจิตสังคม</b>						
	จำนวน		ร้อยละ			
<b>ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว</b>						
ไม่ดี	20		19.0			
ปานกลาง	71		67.6			
ดี	14		13.4			
Mean $\pm$ SD = 13.32 $\pm$ 5.375, Min = 7, Max = 30						

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาในด้านอารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (ร้อยละ 42.8) ด้านความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตส่วนใหญ่มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาดี (ร้อยละ 51.4) ด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมส่วนใหญ่มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาดี (ร้อยละ 87.6) ด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพส่วนใหญ่มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาดี (ร้อยละ 61.0) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.6)

ตอนที่ 2 ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะวิตกกังวล</b>		
มีภาวะวิตกกังวลมาก	9	8.6
มีภาวะวิตกกังวลปานกลาง	16	15.2
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	80	76.2
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
มีภาวะซึมเศร้ามาก	11	10.5
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	17	16.2
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	77	73.3

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความชุกของภาวะวิตกกังวลที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (ร้อยละ 8.6) มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (ร้อยละ 15.2) ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 76.2) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (ร้อยละ 10.5) มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (ร้อยละ 16.2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 73.3)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้วิจัยได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชและผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวและถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชรวมไว้เป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล		$\chi^2$	p-value		
	ไม่มี	มี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>1) ปัจจัยส่วนบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>						
หญิง	50	78.1	14	21.9	0.338	0.561
ชาย	30	73.2	11	26.8		
<b>อายุ</b>						
≤ 60 ปี	61	78.2	17	21.8	0.679	0.410
> 60 ปี	19	70.4	8	29.6		
<b>สถานภาพ</b>						
โสด, หม้าย, หย่าร้าง/แยกกันอยู่	33	71.7	13	28.3	0.894	0.344
คู่	47	79.7	12	20.3		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา และต่ำกว่าปริญญาตรี	48	78.7	13	21.3	0.501	0.479
ปริญญาตรีขึ้นไป	32	72.7	12	27.3		
<b>อาชีพ</b>						
ประกอบอาชีพ	53	76.8	16	23.2	0.043	0.815
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	75.0	9	25.0		

\*p<0.05, \*\*p<0.01



ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>รายได้</b>						
มี	53	76.8	16	23.2	0.043	0.815
ไม่มี	27	75.0	9	25.0		
<b>จำนวนรายได้ (n=69)</b>						
< 10,000 บาท	10	66.7	5	33.3	0.494	0.314
≥ 10,000 ขึ้นไป	43	79.6	11	20.4		
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>						
มีสิทธิ	62	76.5	19	23.5	0.240	0.876
ไม่มีสิทธิ	18	75.0	6	25.0		
<b>การสูบบุหรี่</b>						
สูบ	1	100.0	0	0.0	0.0	0.762
ไม่สูบ	79	76.0	25	24.0		
<b>การดื่มกาแฟ</b>						
ดื่ม	1	100.0	13	0.0	0.0	0.562
ไม่ดื่ม	69	75.8	22	24.2		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
มี ระบุซึมเศร้า	1	50.0	1	50.0	0.002	0.421
ไม่มี	79	76.7	24	23.3		
<b>ผู้ดูแล</b>						
มี	72	78.3	20	21.7	0.955	0.294
ไม่มี	8	61.5	5	38.5		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย						
ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ						
มี	46	79.3	12	20.7	0.241	0.624
ไม่มี	35	74.5	12	25.5		
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง						
< 3 ปี	15	65.2	8	34.8	1.955	0.162
3 ปีขึ้นไป	65	79.3	17	20.7		
ในช่วง 1 ปี มีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคไตเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อน						
มี	34	77.3	10	22.7	0.049	0.825
ไม่มี	46	75.4	15	24.6		
ชนิดของการรักษาอื่นนอกจากยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=70)						
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม						
มี	40	78.4	11	21.6	0.275	0.600
ไม่มี	40	74.1	14	25.9		
การล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง						
มี	6	85.7	1	14.3	0.023	0.878
ไม่มี	74	75.5	24	24.5		
การปลูกถ่ายไต						
มี	21	72.4	8	27.6	0.315	0.575
ไม่มี	59	77.6	17	22.4		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ภาวะแทรกซ้อน</b>						
<b>เบาหวาน</b>						
มี	21	77.8	6	22.2	0.050	0.822
ไม่มี	59	75.6	19	24.4		
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>						
มี	47	73.4	17	26.6	0.685	0.408
ไม่มี	33	80.5	8	19.5		
<b>โรคไขมันในเลือดสูง</b>						
มี	24	66.7	12	33.3	2.739	0.098
ไม่มี	56	81.2	13	18.8		
<b>โรคช็อค</b>						
มี	20	76.9	6	23.1	0.010	0.919
ไม่มี	60	75.9	19	24.1		
<b>โรคข้อเสื่อม</b>						
มี	8	66.7	4	33.3	0.214	0.643
ไม่มี	72	77.4	21	22.6		
<b>โรคหลอดเลือดหัวใจ</b>						
มี	3	37.5	5	62.5	5.024	0.018*
ไม่มี	77	79.4	20	20.6		
<b>โรคเก๊าท์</b>						
มี	5	71.4	2	28.6	0.0	0.670
ไม่มี	75	76.5	23	23.5		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>3) ปัจจัยด้านจิตสังคม</b>						
<b>ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</b>						
<b>อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	24	75.0	8	25.0	0.036	0.850
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี						
	56	76.4	17	23.6		
<b>ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	45	83.3	9	16.7	3.127	0.077
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี						
	35	68.6	16	31.4		
<b>การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	71	77.2	21	22.8	0.079	0.504
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี						
	9	69.2	4	30.8		
<b>ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	55	85.9	9	14.1	8.584	0.003**
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี						
	25	61.0	16	39.0		
<b>ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว</b>						
ปานกลางและดี	67	78.8	18	21.2	1.029	0.243
ไม่ดี	13	65.0	7	35.0		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>1) ปัจจัยส่วนบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>						
หญิง	45	70.3	19	29.7	0.765	0.382
ชาย	33	78.0	8	22.0		
<b>อายุ</b>						
≤ 60 ปี	62	79.5	16	20.5	5.874	0.015*
> 60 ปี	15	55.6	12	44.4		
<b>สถานภาพ</b>						
โสด, หม้าย, หย่าร้าง/แยกกันอยู่	29	63.0	17	37.0	4.432	0.035*
คู่	48	81.4	11	18.6		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา และต่ำกว่าปริญญาตรี	43	70.5	18	29.5	0.601	0.438
ปริญญาตรีขึ้นไป	34	77.3	10	22.7		
<b>อาชีพ</b>						
ประกอบอาชีพ	56	81.2	13	18.8	6.303	0.012*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	58.3	15	41.7		
<b>รายได้</b>						
มี	56	81.2	13	18.8	6.303	0.012*
ไม่มี	21	58.3	15	41.7		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>จำนวนรายได้ (n=69)</b>						
< 10,000 บาท	11	73.3	4	26.7	0.253	0.458
≥ 10,000 บาท ขึ้นไป	45	83.3	9	16.7		
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>						
มีสิทธิ	60	74.1	21	25.9	0.099	0.753
ไม่มีสิทธิ	17	70.8	7	29.2		
<b>การสูบบุหรี่</b>						
สูบ	0.0	0.0	1	100.0	0.281	0.596
ไม่สูบ	77	74.0	27	26.0		
<b>การดื่มกาแฟ</b>						
ดื่ม	11	78.6	3	21.4	0.023	0.880
ไม่ดื่ม	66	72.5	25	27.5		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
มี ระบุซึมเศร้า	1	50.0	1	50.0	0.0	0.464
ไม่มี	76	73.8	27	26.2		
<b>ผู้ดูแล</b>						
มี	69	75.0	23	25.0	0.479	0.325
ไม่มี	8	61.5	5	38.5		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย</b>						
<b>ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ</b>						
มี	45	77.6	13	22.4	0.571	0.450
ไม่มี	33	70.2	14	29.8		
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง</b>						
< 3 ปี	12	52.2	11	47.8	6.743	0.009**
3 ปีขึ้นไป	65	79.3	17	20.7		
<b>ในช่วง 1 ปี มีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคไตเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อน</b>						
มี	32	72.7	12	27.3	0.014	0.905
ไม่มี	45	73.8	16	26.2		
<b>ชนิดของการรักษาอื่นนอกจากยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=70)</b>						
<b>การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</b>						
มี	39	76.5	12	23.5	0.499	0.480
ไม่มี	38	70.4	16	29.6		
<b>การล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง</b>						
มี	4	57.1	3	42.9	0.314	0.380
ไม่มี	73	74.5	25	25.5		
<b>การปลูกถ่ายไต</b>						
มี	24	82.8	5	17.2	1.820	0.177
ไม่มี	53	69.7	23	30.3		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ภาวะแทรกซ้อน</b>						
<b>เบาหวาน</b>						
มี	17	63.0	10	37.0	1.999	0.157
ไม่มี	60	76.9	18	23.1		
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>						
มี	43	67.2	21	32.8	3.166	0.075
ไม่มี	34	82.9	7	17.1		
<b>โรคไขมันในเลือดสูง</b>						
มี	24	66.7	12	33.3	1.245	0.264
ไม่มี	53	76.8	16	23.2		
<b>โรคช็อค</b>						
มี	16	61.5	10	38.5	2.458	0.117
ไม่มี	61	77.2	8	22.8		
<b>โรคข้อเสื่อม</b>						
มี	9	75.0	3	25.0	0.0	0.598
ไม่มี	68	73.1	25	26.9		
<b>โรคหลอดเลือดหัวใจ</b>						
มี	2	25.0	6	75.0	7.843	0.004**
ไม่มี	75	77.3	22	22.7		
<b>โรคเก๊าท์</b>						
มี	4	57.1	3	42.9	0.314	0.380
ไม่มี	73	74.5	25	25.5		

\*p<0.05, \*\*p<0.01



ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				$\chi^2$	p-value
	ไม่มี		มี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>3) ปัจจัยด้านจิตสังคม</b>						
<b>ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</b>						
<b>อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	25	78.1	7	21.9	0.540	0.462
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา						
	52	71.2	21	28.8		
<b>ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	39	72.2	15	27.8	0.070	0.791
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา						
	38	74.5	13	25.5		
<b>การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	69	75.0	23	25.0	0.479	0.325
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา						
	8	61.5	5	38.5		
<b>ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ</b>						
- การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคดี	48	75.0	16	25.0	0.233	0.629
- มีปัญหาและมีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา						
	29	70.7	12	29.3		
<b>ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว</b>						
ปานกลางและดี	64	75.0	21	25.0	0.877	0.349
ไม่ดี	13	65.0	7	35.0		

\*p<0.05, \*\*p<0.01

จากตารางที่ 7, 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $p < 0.05$ ) จากตารางที่ 9, 10 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.05$ )



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
ตารางที่ 12 แสดงปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล	Adjusted OR	95%CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยการเจ็บป่วย</b>				
โรคหลอดเลือดหัวใจ	10.070	1.617	62.722	0.013*
โรคไขมันในเลือดสูง	1.323	0.457	3.827	0.606
<b>ปัจจัยทางจิตสังคม</b>				
ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ	5.240	1.565	17.540	0.007**
การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม	1.344	0.339	5.330	0.674
ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต	0.904	0.288	2.834	0.862

\*p<0.05, \*\*p<0.01

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยไตเรื้อรังได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (p<0.01) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลเป็น 10.070 เท่า (95%CI= 1.617 - 62.722) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความบกพร่องทางสัมพันธภาพจะมีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลเป็น 5.240 เท่า (95%CI= 1.565 - 17.540) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีความบกพร่องทางสัมพันธภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า	Adjusted OR	95%CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>				
สถานภาพ โสด หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2.765	1.019	7.506	0.046*
การไม่มีอาชีพ	2.664	0.875	8.109	0.084
อายุที่มากกว่า 60 ปี	1.051	0.296	3.731	0.939
<b>ปัจจัยการเจ็บป่วย</b>				
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป	0.387	0.118	1.268	0.117
โรคหลอดเลือดหัวใจ	3.859	0.518	28.742	0.187
โรคความดันโลหิตสูง	2.608	0.852	7.982	0.930

\*p<0.05, \*\*p<0.01

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรังได้แก่ สถานภาพ โสด หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (p<0.05) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 2.765 เท่า (95%CI= 1.019 – 7.506) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสถานภาพคู่

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษากภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง(cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 - ธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 105 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) 3) แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire)

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และข้อมูลทางจิตสังคมของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

**ข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.77) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.2) และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากเบิกราชการ/วิสาหกิจ(ร้อยละ49.5) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99) มากกว่าครึ่งไม่ดื่มกาแฟ (ร้อยละ 86.7) ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.1) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 87.6)

**ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 105 คน มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 55.2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่า 2 ปี ไม่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.1) โดยได้รับการรักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.1) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61)

**ข้อมูลด้านจิตสังคม** พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาล้มพันธุระหว่างบุคคล ในด้านอารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักร้อยละ 42.9 ในด้านความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตร้อยละ 40 ในด้านการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมร้อยละ 11.4 ในด้านความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ร้อยละ 38.1 และความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.6

**ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า** พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความชุกของภาวะวิตกกังวลที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช(ร้อยละ8.6) มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน(ร้อยละ15.2) ไม่มีภาวะวิตกกังวล(ร้อยละ76.2) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช(ร้อยละ10.5) มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน(ร้อยละ16.2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ73.3)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

### 2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะวิตกกังวล

- ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $p < 0.01$ )
- ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.05$ )

### 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้า

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่มากกว่า 60 ปี สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่ การไม่ได้ประกอบอาชีพ และการไม่มีรายได้ ( $p < 0.05$ )
- ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังน้อยกว่า 3 ปี และโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.01$ )

### 3. ปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

#### 3.1 ปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวล

- ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $p < 0.01$ )
- ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < 0.05$ )

#### 3.3 ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ( $p < 0.05$ )



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกของอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.77 ปี (18-96 ปี) ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 5-10 ปี เป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มผู้ร่วมการศึกษานี้มีผู้ป่วย 1 ราย ที่อายุสูงถึง 96 ปี แม้ว่าผู้วิจัยจะได้ประเมินผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วว่าสามารถตอบแบบสอบถามโดยญาติเป็นผู้ช่วยในการอ่านแล้วก็ตาม ยังอาจต้องพิจารณาถึงปัญหาเรื่องความจำและความสามารถทางสมองซึ่งอาจจะพบร่วมด้วยในผู้ป่วยรายนี้

จากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะวิตกกังวลที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 8.6 ภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนร้อยละ 15.2 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 10.5 ภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนร้อยละ 16.2 ซึ่งหากรวมความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจนเข้าด้วยกันจะพบเป็นร้อยละ 26.7 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Fliss, Julia, และ Irene<sup>(109)</sup> ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 27 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย เนื่องจากโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงสังคมเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีอาการที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างทั้งอาการเหนื่อยง่าย ตัวบวม ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน<sup>(56, 110)</sup> โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดกระดูก และเป็นตะคริว อาการทางระบบทางเดินอาหารเช่น คลื่นไส้ อาเจียน<sup>(104)</sup> อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้อารมณ์จิตใจของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง หลายรายรู้สึกกลัวกังวลกับอาการที่เป็น อารมณ์หงุดหงิด ขุนเฉียว บางรายรู้สึกโกรธและตำหนิตัวเองที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาเช่น ไม่ปฏิบัติตามแผนรักษา นอกจากผลกระทบทางร่างกายและจิตใจแล้วการป่วยยังส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว และอาจไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมเหมือนในอดีต<sup>(1)</sup>



ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากทั้งหมดนี้จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ประสบกับภาวะวิตกกังวลและปัญหาทางอารมณ์จิตใจเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาวิจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลได้แก่ ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังมีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นไว้ เนื่องจากเพราะความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถทำอะไรได้อย่างเต็มความสามารถเหมือนแต่ก่อน ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานเดิมที่ตนเองทำ หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่เพราะต้องใช้เวลาไปกับการฟอกเลือดและการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางรายมีอาการแปรปรวน หงุดหงิดง่ายเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในชีวิตของผู้ป่วย จนอาจทำให้ไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีไว้ได้ เช่น เพื่อน คู่สมรส ครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายยังไม่สามารถบอกเล่าความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะพูดคุยอย่างไรดีเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและการเดินทางมารักษา รวมทั้งต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาว่าจะสามารถรักษาได้หายขาด จึงปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ลำบากมากยิ่งขึ้น<sup>(111, 112)</sup> จากการศึกษานี้ของ Wilson & Enock<sup>(113)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับ ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ จะพบว่ามีภาวะวิตกกังวลสูงนอกจากนั้นแล้วการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นอยู่ตลอดเวลา เกิดเป็นความวิตกกังวลต่อตัวผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Velasco & Dinwiddie<sup>(60)</sup> ผู้ป่วยไตเรื้อรังต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่มีการรักษาไม่สิ้นสุด การเกิดความรู้สึกว่าตนต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นอยู่ตลอดเวลา

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>(114)</sup> เป็นโรคที่เกิดร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 10.4 ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดร่วมด้วยยิ่งส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง ต้องการการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น<sup>(115)</sup> ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดกับโรคที่ตนเป็นอยู่ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยที่ทำนายภาวะวิตกกังวลได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการเจ็บป่วยคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยด้านจิตสังคมคือ ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลให้เกิด

ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยไตเรื้อรัง เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดร่วมด้วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยอย่างมาก และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความบกพร่องทางสัมพันธภาพจะขาดสัมพันธภาพที่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ลำบากยิ่งขึ้น จึงเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลได้สูง ดังนั้นโรคหลอดเลือดหัวใจและความบกพร่องทางสัมพันธภาพ จึงเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.7) ซึ่งเป็นวัยที่ย่างเข้าสู่วัยกลางคนผู้ป่วยบางรายนอกจากต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายแล้ว ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน ของชีวิตผู้ป่วยบางรายอาจยังทำใจไม่ได้กับการที่ตนเองต้องมาป่วยเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้น ในด้านสถานภาพ โสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่วิตโดยการอยู่เป็นโสด ผู้ป่วยที่ต้องอยู่คนเดียวเนื่องจากคู่วิตได้เสียชีวิตไปแล้ว หรือการที่คู่สมรสได้หย่าร้างจากครอบครัว หรือคู่สมรสเดิม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากขาดคนระดับประคองสนับสนุนทางด้านจิตใจ ขาดที่ปรึกษา ขาดกำลังใจ ขาดคนที่จะดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้มากเหมือนแต่ก่อน การครองชีวิตโสดจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และกายเป็นอย่างไร ในด้านการประกอบอาชีพ การมีรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีรายได้ นั้น มีความยากลำบากมากในการมารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเนื่องจากการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องใช้จ่ายรักษาเป็นจำนวนมาก เช่น การฟอกไตผู้ป่วยต้องทำอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2,500-3,000 บาท ค่ายา ค่าเปลี่ยนไต รวมทั้งไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ก็ยิ่งเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยมากขึ้น

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วยนั้นพบว่ามีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย เพราะมีร่างกายอ่อนแอลง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของ Riegel & Dracup <sup>(116)</sup>พบว่าผู้ป่วยบางคนซึมเศร้า วิตกกังวล และกลัวเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ บุคคลไม่สามารถ

ยอมรับกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้เกิดเป็นปัญหาในการปรับตัวตามมา พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่ป่วยมารักษาระยะเวลาน้อยกว่า 3 ปี จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับการรักษา 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานกว่านั้นได้รับรู้หรือเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Elisabeth Kubler-Ross<sup>(117-119)</sup> เกี่ยวกับ 5 ขั้นตอนในการจัดการกระบวนการที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกเช่น การสูญเสียคนรัก การหย่าร้าง โดยเฉพาะกับผู้ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายและผู้ที่เผชิญเหตุการณ์ที่ร้ายแรงในชีวิต โดยมีกระบวนการ 5 ระยะในการทำความเข้าใจสภาพคือ ระยะที่ 1 การปฏิเสธว่าเหตุการณ์นี้จะไม่เกิดขึ้น ระยะที่ 2 การโกรธ เมื่อการปฏิเสธในระยะแรกไม่เป็นผล โดยบุคคลผู้นั้นจะโกรธตนเองว่าทำไมต้องเป็นตนมันไม่ยุติธรรม เป็นต้น ระยะที่ 3 การต่อรอง เป็นขั้นตอนที่บุคคลหวังว่าตนนั้นจะสามารถเลื่อนหรือยืดระยะเวลาของความตายได้ ระยะที่ 4 ภาวะซึมเศร้า ในระยะของขั้นตอนนี้บุคคลเริ่มที่จะเข้าใจแน่ชัดเกี่ยวกับความตาย จึงทำให้บุคคลนั้น กลายเป็นบุคคลที่ไม่อยากที่จะสูงส่งกับใคร เก็บตัว ไม่อยากพบปะผู้คน โดยบุคคลนั้นจะใช้เวลาไปกับการร้องไห้และการโศกเศร้าเสียใจเป็นส่วนใหญ่ ระยะที่ 5 การยอมรับ ในระยะสุดท้ายนี้บุคคลนั้นจะมีอารมณ์สงบสามารถทำความเข้าใจยอมรับได้กับความตายที่กำลังจะมาถึง จึงพบว่าผู้ที่เพิ่งเป็นโรคไตเรื้อรังหรือป่วยมาน้อยกว่า 3 ปี ยังอยู่ในปฏิกิริยาทางจิตใจที่ยังอาจยอมรับไม่ได้กับบทบาทการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและอารมณ์ซึมเศร้าขึ้นได้ ในขณะที่ผู้ที่ป่วยมานานเกิน 3 ปี เริ่มจะยอมรับกับบทบาทของการป่วยและปรับตัวกับการป่วยได้แล้ว จึงพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เพิ่งเป็น

ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้แก่ สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ จากการศึกษที่ผ่านมา<sup>(90-91, 120-122)</sup> พบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้การสนับสนุน ประคับประคองทางจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรสจะรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นคงทางอารมณ์และได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากคู่สมรส จึงสามารถลดความตึงเครียดจากการเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ซึ่งมักขาดคนคอยปลอบโยนและให้กำลังใจ จากการศึกษานี้ก็พบว่า สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุดเช่นกัน

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะทางสังคมประชากรและลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จะส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย
2. การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์(analytic study) ที่สามารถแสดงให้เห็นถึงสาเหตุและผลได้อย่างชัดเจน

### การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาว่าชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอย่างมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. ควรมีการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนารูปแบบวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
3. ควรมีการประเมินภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นระยะๆในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้
4. ควรมีการจัดตั้งสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกาย จิตสังคมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มเติม เช่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน
2. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่วิตกกังวลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่วิตกกังวล รวมทั้งเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ซึมเศร้ากับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ซึมเศร้า เพื่อที่จะสามารถหาปัจจัยทางจิตสังคมที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. การศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมให้  
ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงฝึกทักษะในการแก้ปัญหา และการ  
สร้างสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีโปรแกรมที่  
จะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไต  
เรื้อรัง



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- [1] สมชาย จิตเป็นธม.กองทุนคุ้มครองผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.วารสารโรคไต. 3,3( 2540):292-297.
- [2] เกรียง ตั้งสง่า, โสภณ นภาธร และ สมชาย เขียมอ่อน.Conservative management สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง.ในสมชาย เขียมอ่อน และ เกรียง ตั้งสง่า (บรรณาธิการ).โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ชวนพิมพ์, 2538.
- [3] มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์.จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ศรีชาฎการพิมพ์,2539.
- [4] ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 41: 18-30.
- [5] ดวงใจ กสานติกุล .โรคซึมเศร้ารักษาหายได้.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการ พิมพ์, 2542.
- [6] ชลธิป พงศ์สกุล.โรคไตเรื้อรังและการใช้ยา.วารสารอายุรศาสตร์อีสาน.(ก.ค.-ก.ย. 2546) : 105-115 .
- [7] Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Aaaoc Thai 2007;90: 2164-74.
- [8] Jacobson, H.R., Striker, G.E., and Klahr S. The principles and practice of nephrology. New york : Mosby,1995.
- [9] Hsu Cy and Chertow Gm. Chronic renal confusion: insufficiency, failure, dysfunction, or disease . Am J kidney Dis 2000; 36:415-8.
- [10] สมชาย เขียมอ่อน, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บรรณาธิการ). Clinical Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2550.

- [11] Grimm RH Jr, Svendsen KH, Kasiske B, Keane WF, and Wahi MM.  
Proteinuria is a risk factor for mortality over 10 years of follow-up.  
MRFIT Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial.  
Kidney Int Suppl 1997; 63:s10-4.
- [12] ลิววรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนพิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ธิ์พกุลและ  
พัสมณต์ คุ่มทวีพร. พยาธิสรีรวิทยาการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:  
บุญศิริ, 2542.
- [13] Anderson S and Brenner BM. The role of intraglomerular pressure in the  
initiation and progression of renal disease. J Hypertens Suppl 1996;  
4:S236-8.
- [14] อุษณา สุวีระ. Renal replacement therapy in Thailand. hemodialysis and CAPD.  
บรรณาธิการ. อุษณา สุวีระ และพรรณนบุปผา ชูวิเชียร, 137-59. พิมพ์ครั้งที่1  
:กรุงเทพฯเวชสาร, 1993.
- [15] Weil, S.E. Nutrition management. In C.F. Gutch, M.H. Stoner, and A.L.Corea,  
eds. Review of Hemodialysis for Nurses and Personnel, pp. 161-172.  
6th ed, 1999.
- [16] Klahr S, Levey AS, Beck GJ, et al. The effects of dietary protein restriction and  
blood-pressure control on the progression of chronic renal disease.  
Modification of Diet in Renal Disease Study Group. N Engl J Med  
1994; 330: 877-84.
- [17] Daugirdas, J.T. and C.M. Kjellstrand. Chronic hemodialysis prescription. In  
J.T. Daugirdas, P.G. Blake and T.S. Ing, Handbook of Dialysis. pp.  
121-146, eds 3rd ed, 2001.
- [18] ถนอม สุภาพร. ผลแทรกซ้อนระยะยาวของ HD ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบต่อมไร้ท่อ  
วิตามินดี และฟอสเฟต, น. 297-309. ใน เกียรติ ตั้งสง่า, ถนอม สุภาพร,  
บุญธรรม จิระจันทร์, ประเสริฐ ธนิกจากรุ และ วสันต์ สุขเมธกุล, บรรณาธิการ.  
ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ:โรง  
พิมพ์ชวนพิมพ์, 2537.

- [19] ไศภณ นภารช. กลไกการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง. ในเกรียงตั้งสง่าและสมชาย เขียมอ่อน (บรรณาธิการ) hemodialysis, หน้า 1-35. กรุงเทพฯ: เทคโนโลยีการแพทย์ฉบับพิเศษ, 2542.
- [20] ศรีสมัย วิมลยานนท์ และ สุพัฒน์ วาณิชยการ. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, 2536.
- [21] Anderson S and Brenner BM. The role of intraglomerular pressure in the initiation and progression of renal disease. J Hypertens Suppl 1996; 4:S236-8.
- [22] Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, et al. Blood pressure and end-stage renal disease in men. N Engl J Med 1996; 334:13-8.
- [23] Peterson JC, Adler S, Burkart JM, et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. Ann Intern Med 1995; 123:754-62.
- [24] Marcantoni C, Jafar TH, Oldrizzi L, Levey AS, and Maschio G. The role of systemic hypertension in the progression of nondiabetic renal disease. Kidney Int Suppl 2000; 75:S44-8.
- [25] Ruggenti P, Perna A, Benini R, and Remuzzi G. Effects of dihydropyridine calcium channel blockers, angiotensin-converting enzyme inhibition, and blood pressure control on chronic, nondiabetic nephropathies. Gruppo Italiano di Studi Epidemiologici in Nefrologia (GISEN). J Am Soc Nephrol 1998; 9:2096-101.
- [26] Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, and Rohde RD. The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. N Engl J Med 1993; 329:1456-62.
- [27] Maschio G, Alberti D, Janin G, et al. Effect of the angiotensin-converting-enzyme inhibitor benazepril on the progression of chronic renal insufficiency. The Angiotensin-Converting-Enzyme inhibition in Progressive Renal Insufficiency Study Group. N Engl J Med 1996; 334:939-45.



- [28] Bakris GL, Weir MR, DeQuattro V, and McMahon FG. Effects of an ACE inhibitor/calcium antagonist combination on proteinuria in diabetic nephropathy. Kidney Int 1998; 54:1283-9.
- [29] Bakris GL and Williams B. Angiotensin converting enzyme inhibitors and calcium antagonists alone or combined: does the progression of diabetic renal disease differ?. J Hypertens Suppl 1995;13:S95-101.
- [30] Block GA, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, and Port FK. Association of serum phosphorus and calcium x phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. Am J Kidney Dis 1998; 31:607-17.
- [31] Levy, J., J. Morgan and E. Brown. Oxford Handbook of Dialysis. New York: Oxford University Press, 2001.
- [32] Nissenson and A.R. Complication of chronic dialysis therapy. In C.F. Gutch, M.H. Stoner and A.L. Corea, eds. Review of Hemodialysis for Nurses and Personnel. pp. 192-212. 6th ed. St. Louis : Mosby, 1999.
- [33] เกรียง ตั้งสง่า การดูแลรักษาภาวะไตวาย. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์, 74-96. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [34] ศุภชัย ลีติอาชากุล. CAPD: การล้างไตที่พอเพียง การสั่งการรักษาและภาวะแทรกซ้อน. ในสมชาย เขียมอ่อน(บรรณาธิการ), Nephrology, 1421-1457. กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท), (2543).
- [35] Maculuso-Graham and M.M.(1991). Complication of Peritoneal dialysis: Nursing Care Plans to Document teaching. ANNA Journal, 18 (5): 479-483.
- [36] สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง: การวางแผนการพยาบาล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.
- [37] ศรีวัลย์ เตียจันทร์พันธ์ และวสันต์ สุเมธกุล. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างการฟอกเลือด. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เขียมอ่อน (บรรณาธิการ), Hemodialysis, 575-583. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล, 2542.

- [38] ธนันดา ตระการวณิช. การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อและจิตเวชในผู้ป่วย dialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เขียมอ่อน (บรรณาธิการ), Hemodialysis, 691-732. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล, 2542.
- [39] ประเสริฐ ธนกิจจารุ. ปัญหาทางโภชนาการในผู้ป่วย (Hemodialysis). ในประเสริฐ ธนกิจจารุ, อุษณา สุวีระ, วลัย อินทร์ทรัพย์ และยุพาพิณ จุลโมกข์ (บรรณาธิการ), ตำราโภชนบำบัดและโรคไต (Nutrition and renal disease, หน้า 171-193. กรุงเทพฯ : ชวนชม, 2540.
- [40] Gutch, C.F, Stoner,M. H., & Corea, and A. L. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personal .6 th ed. St Louis: Mosby Year Book, 1999.
- [41] Levy, N.B., & Cohen, and L.M. End-stage renal disease an its treatment : Dialysis and transplantation. In A. Stoudemire, B.S. Fogel, & D.B. Greengberg (Eds.). Psychiatric care of the medical patient, pp. 791-799. New york : Oxford University Press, 2000.
- [42] พัชราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข, บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต : ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามธิบดี, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540 .อ้างถึงในโสภณ จิรสิทธิ์ธรรม, 2539.
- [43] ถนอม สุภาพร และคณะ. TRT Registry Data 2003. ใน การประชุมใหญ่สามัญประจำปี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 5 สิงหาคม 2547.
- [44] เสาวลักษณ์ ชูศิลป์ และสมชาย เขียมอ่อน. อายุรกรรมการปลูกถ่ายไต. ในสมชาย เขียมอ่อนและคณะ(บรรณาธิการ). การปลูกถ่ายอวัยวะ, 249-287. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- [45] Mckay, D.B., & Milford, and E.L. Evaluation of potential renal transplant candidates and donors. In. W.F. Owen, B.J. Jr.Pereira, & M.H., Sayegh (Eds.). Dialysis treatment : A Companion to Brenner & Rectors the kidney, pp. 449-510. Philadelphia : W.B. Saunders, 2000.

- [46] ดุสิต ล้ำเลิศกุล, สุพจน์ วฒนิการณ, ขวลิต ช่อจงจิต และธานินทร์ อินทรกำารชัย (บรรณาธิการ) Transplantation, induction and therapy. Transplantation เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- [47] Penn and I. Tumors in the transplant patient. In H.R. Jacobson, G.E. Striker, and S.Klahr.(Eds.), The principles and practice of Nephrology. (2<sup>nd</sup>ed.) st. Louis: Mosby, 1995.
- [48] Drakopoulos, S., Koniavitou. Hadjiyiannaki, and Hadjiyiannaki. Rehabilitation of recipients with a functioning renal all-graft for 10 or more years. Transplantation, 1991.
- [49] Allen, R.D.M., & Chapman, and J.R. A manual of renal transplantation. Boston: Little, Brown and Company, 1994.
- [50] Starzl, T.E., Schroter, N.J., Hartmann.N., Bartield, P., Taylor, P., & Mangan, and T.L. Long-term (25year) survival after renal hemotransplantation-the world experience. Tranplantation Proceeding, 22, 1990.
- [51] Meyer, M.M., Norman D.j., & Danovitch, and G.M. Longterm post-transplant management and complication. In G.M. Panovitch, (Ed.). Handbook of kidney transplantation. Boston: Little, Brown and company, 1992.
- [52] Johnson and R.W.G. Primary regimens in immunosuppression. Nephrology Dialysis Transplantation. 10, (suppl). 1995.
- [53] โชคชัย เจริญดี. 108 คำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนไต. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. 15(29), 2544.
- [54] Wheeler DC TJLMJ. Cardiovascular risk factors in predialysis patients: baseline data from the Chronic Renal Impairment in Birmingham (CRIB) study.; 84:s201-3.). Kidney Int , 2003.
- [55] Block GA, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, and Port FK. Association of serum phosphorus and calcium x phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. Am J Kidney Dis 1998.; 31:607-17.

- [56] อุษณา สุวีระ. การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบองค์รวม .ในอุษณา สุวีระ, พรรณนาบุปผา ชูวิเชียร & สุพัฒน์ วาณิชย์ การ บรรณานุกรม, การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ,หน้า. 284-290 . กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2537.
- [57] กานดา ออประเสริฐ. การพยาบาลกับปัญหาของผู้ป่วย Hemodialysis. ใน อุษณา สุวีระ, พรรณนาบุปผา ชูวิเชียร และสุพัฒน์ วาณิชย์การ (บรรณานุกรม), การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. กรุงเทพฯ: ภูมิดี, 2537.
- [58] ธันดา ตระการวณิช. การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อและจิตเวชในผู้ป่วย dialysis. ใน เกரிய ตั้งสง่า และสมชาย เขียมอ่อน (บรรณานุกรม), Hemodialysis, หน้า 691-732. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล, 2542.
- [59] สุพิน พริกบุญจันทร์. ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [60] Velasco. D.R & Dinwiddle, and C.L. Management of the Patient with ESRD after withdrawal from dialysis. ANNA Journal 1998, 25(6): 611-614.
- [61] Frey. G.M. stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant. American Nephrology Nurse Association Journal 1990: 17.
- [62] Dowsett, and D.A. Psychological needs of adult patients following renal transplantation and implications for care. European Dialysis and Transplant Nurses Association European Renal Care Association.p.27, 1996.
- [63] Kutner, N.G., Kutner, and M.H. Race and sex as variables affecting reactions to disability. Archive of Physical medicine and Rehabilitation ; 60,56-59,1979.
- [64] เสาวรส ปริบุญะจิตตะ. พยาบาลกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง : ภาวะวิกฤตและเรื้อรัง. เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, ระหว่างวันที่ 25-27 ก.ค. 2549.สถานบริการพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่, 2549

- [65] วิษย์ เกษมทรัพย์ และคณะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสุวรรณา มูเก็ม. ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยราคาแพงทางออกคืออะไร. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. 15(29), 2544.
- [66] อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- [67] ระวีวรรณ นิวัตพันธุ์. Anxiety Disorder. ใน : บุรณี กาญจนถวัลย์, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย,บรรณารักษ์, พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต, 124-36. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [68] จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช . ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- [69] กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรัง, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [70] Stuart and Laria. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 6th ed. (n.p.), 2001.
- [71] ทิภาพร อังคกุล. การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- [72] Beck AT and Emery G. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic book, 1985.
- [73] Stuart GW and Sundeen SJ. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1987. Bellack AS, Hersen M. Behavioral assessment : a practical handbook. 4th ed. Boston Allyn and Bacon, 1998.
- [74] Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wikins, 1994.

- [75] พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. ความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 90 2164-74.
- [76] ชูติมา หุ่มเรืองวงษ์. ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [77] ภัคจิรา รัชตะสังข์. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [78] Beck AT, Steer RA, Ball and Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and II in Psychiatric Out patients. Journal of Personality assessment 1996;67:588-97.
- [79] Kaplan Hi and Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral science. Clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed .Baltimore : Williams& Wilkins;1997.
- [80] อูมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2535; 31: 112-21.
- [81] อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน: วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพงา ลีมสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ : 225-32, 2538.
- [82] Kahn D. Mood disorders in Psychiatry. Edited by Cutter JL, Marcus ER. WB Saunders Co. Philadelphia .34-64,1999.
- [83] Kasantikul D, Limsuwan N, Karjanathanalers N, et al. Health-related self-report (HRSR) SCALE: The diagnostic screening test for depression in Thai population. J Med Assoc Thai 1997: 647-657.

- [84] พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, นันทิกา ทวีชาชาติ และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ 53, ฉบับที่ 1, มกราคม-มีนาคม 2551: 69-80.
- [85] ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, จรรยา เศรษฐบุตร, สุพัฒน์ วาณิชยการ, และ สุพรชัย กองพัฒนานุกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเทียม: การศึกษาเชิงคุณภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [86] Lancaster and L.E. Impact of chronic illness over the life span. ANNA Journal 1988.. 15(3) : 164-168.
- [87] Reiss and D. Patient family and staff response to end stage renal disease. American Journal of Kidney Disease 1990.15(3): 194-200.
- [88] ชาญ โพนุกุล. การรักษาผู้ป่วยไตเทียมสำหรับแพทย์ทั่วไป. ในชาญ โพนุกุล (บรรณาธิการ), โรคไต 2, หน้า 245-269. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- [89] สุมาพร บรรณสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลากារเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่เหมือนกับการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545
- [90] Mollaoglu and M. Perceived social support in haemodialysis patients, p. 58. In Abstracts of the 33nd Conference of EDTNA/ERCA. EDTNA/ERCA, Geneva, Switzerland, 2004.
- [91] วิภาวี เวชรังษี. การสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อสนองต่อความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- [92] Rydholm L , Pauling, and J. Contrasting Feelings of Helplessness in Peritoneal and Hemodialysis Patients : A Pilot Study, ANNA Journal 1991: 18,183-186.

- [93] Brown, D.J. Emotional and social adjustment to home dialysis. The medical Journal of Australia 1 (March 1978) : 245-247.
- [94] หัสยา นิลอ่อน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2541 .
- [95] De-Nour, A.K., J Shaltirl., and J.W. Czackes. Emotional reaction of patients on Chronic Hemodialysis., Psychosomatic medicine 30 (March) 1968 ; 521-525.
- [96] Gathercole, W.K. Psychosocial aspects of ESRD. Nursing: 633-637, 1987.
- [97] สมศรี ศักดิ์สง่างงษ์. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย, วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.
- [98] Fuch, J., & Schreirber, M. Patients perception of CAPD and Hemodialysis stressors. ANNA Journal 1988: 15(5), 282-286.
- [99] White, M. J, Starr. A.J. Katefian, s. & Lewis, T.V. Stress , coping and quality of life in adult Kidney Transplant recipients. American Nephrology Nurses Association Journalis, 1990.
- [100] ศรีสุดา รัศมีพงศ์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- [101] ศรีนยา พลสิงห์ชาญ .การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- [102] จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของประชากรและผลการกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532
- [103] Salmons, P.H. et al. Psychosocial aspect of chronic renal failure. British Journal of Hospital Medicine 1980 June (23) : 17-21.



- [104] เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ. สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม, วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- [105] Newton, S.E. Sexual Dysfunction in Men on Chronic Hemodialysis : A Rehabilitation Nursing Concern. *Rehabilitation Nursing* , 24 (1) , 24-29, 1999.
- [106] Kurt, S.B. and Johnson, W.J. A four-year comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis and home hemodialysis: a preliminary report. *Mayo Clinic Proceeding*. 59: 659-662, 1984.
- [107] Bihl, M., Ferrans, C., & POWERS, m. Comparison of stressor and quality of life of CAPD and hemodialysis patients. *ANNA Journal* 1988: 15, 27-37.
- [108] ดุจฤดี อภิวงศ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2551
- [109] Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007 Jan;14 (1):82-99
- [110] Grimm RH Jr, Svendsen KH, Kasiske B, Keane WF, and Wahi MM. Proteinuria is a risk factor for mortality over 10 years of follow-up. MRFIT Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Kidney Int Suppl* ; 63:s10-4,1997
- [111] Kinzinger, R.G. Death anxiety among myocardial infarction clients in coronary care versus general medical units. *Critical care nursing quarterly*, 15(3), 75-79, 1992.
- [112] Phillips, K. Psychological effects of chronic renal failure. *Nursing Times*. 82(22):56-57, 1986.

- [113] Wilson, J.D. AND Enock, M.D. Estimation of drug refection by schizophrenia in patients with analysis of clinical factor. British Journal of Psychiatry 1978. 133: 209-211.
- [114] ยุวดี ธีระศิลป์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [115] Casey, k.; Bedker, D.L. Roussel M; and Patricia. Myocardial in intraction;es. A review of clinical trials and treatment strategies. Critical Care Nurse 18,(2):39-51,1998.
- [116] Riegel, B. j, & Dracup, K.A. Dose overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction. Heart and Lung. 25(6), 527-537, 1992.
- [117] Newman and Laura. Elisabeth Kubler-Ross. British Medical Journal 2004, 329 (7466), 627. Retrieved November 17, 2006.
- [118] Kate Coleman. Elisabeth Kubler-Ross in the Afterworld of Entities , New West, 30 July ,1979.
- [119] Hanucha runkul and S. Social support, self-care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.PH.D.diss; Collage of nursing, Wayne state University, 1988.
- [120] Klang, B., Bjorvell, H., and Clyne, N. Perceived well-being in predialysis uremic patients. ANNA Journal 1996: 23(2), 223-229.
- [121] Weinman, J. Psychological reaction to physical illness and handicap. An Outline of Psychology. Bristol: John Wright and Son,1980.
- [122] Hibert, G.A. Spouse support and myocardial infarction patient compliance. Nursing Research. 34(4): 217-219,1985.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

**การวิจัยเรื่อง** ภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
**แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**  
**เรียน** ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าวขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข ช่วยเหลือปัญหา ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ ตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีขึ้นมีประสิทธิภาพต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ซึ่งประกอบ ด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่อยากจะตอบโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร. 083-8205496 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัยขอให้ติดต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โทร.0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์

## หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแผนก  
อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำ  
ชี้แจงและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยอย่างละเอียดแล้ว

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูก  
นำมาวิเคราะห์และแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น โดยมีได้ระบุถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูล  
ของท่านเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อ  
หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อน  
เร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลง  
นามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม  
( )

ลงนาม ..... พยาน  
( )

ลงนาม ..... ผู้วิจัย  
( นางสาวรัศมี บัณฑิตธีรรัตน์ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย  (1)

หญิง  (2)

2. อายุ

.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

โสด  (1)

คู่  (2)

หม้าย  (3)

หย่าร้าง/แยกกันอยู่  (4)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่รับการศึกษา  (1)

ต่ำกว่าปริญญาตรี  (2)

ปริญญาตรี  (3)

สูงกว่าปริญญาตรี  (4)

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ  (1)

รับราชการ  (2)

รัฐวิสาหกิจ  (3)

ธุรกิจส่วนตัว  (4)

ลูกจ้าง พนักงาน  (5)

อื่นๆโปรดระบุ.....  (6)

ศูนย์วิทยพัฒน์พยาบาล

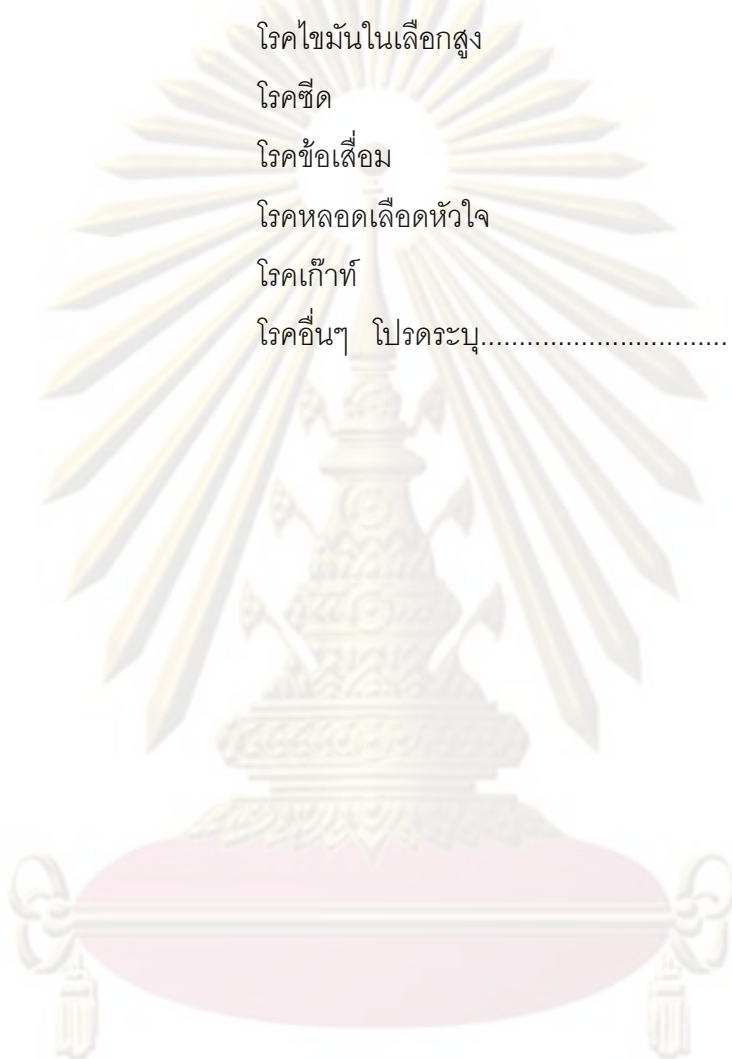
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย







## 15. ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เบาหวาน  (1)โรคความดันโลหิตสูง  (2)โรคไขมันในเลือดสูง  (3)โรคซีด  (4)โรคข้อเสื่อม  (5)โรคหลอดเลือดหัวใจ  (6)โรคเก๊าท์  (7)โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....  (8)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์

ความรู้สึของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้นโปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย

✓ ลงใน  ตามความเป็นจริงโปรดตอบตัวเลือกที่ใกล้เคียงกับความรู้สึของท่านมากที่สุด

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่  (3)

บ่อยครั้ง  (2)

เป็นบางครั้ง  (1)

ไม่เป็นเลย  (0)

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

เหมือนเดิม  (0)

ไม่มากเท่าแต่ก่อน  (1)

มีเพียงเล็กน้อย  (2)

เกือบไม่มีเลย  (3)

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย  (3)

มี แต่ไม่มากนัก  (2)

มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ  (1)

ไม่มีเลย  (0)

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้

เหมือนเดิม  (0)

ไม่มากนัก  (1)

มีน้อย  (2)

ไม่มีเลย  (3)

## 5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- เป็นส่วนใหญ่  (3)
- บ่อยครั้ง  (2)
- เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย  (1)
- นานๆครั้ง  (0)

## 6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย  (3)
- ไม่บ่อยนัก  (2)
- เป็นบางครั้ง  (1)
- เป็นส่วนใหญ่  (0)

## 7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ได้ดีมาก  (0)
- ได้โดยทั่วไป  (1)
- ไม่บ่อยนัก  (2)
- ไม่ได้เลย  (3)

## 8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา  (3)
- บ่อยมาก  (2)
- เป็นบางครั้ง  (1)
- ไม่เป็นเลย  (0)

## 9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้บ่นปวนในท้อง

- ไม่เป็นเลย  (0)
- เป็นบางครั้ง  (1)
- ค่อนข้างบ่อย  (2)
- บ่อยมาก  (3)

## 10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง

- ใช่  (3)
- ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร  (2)
- ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน  (1)
- ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม  (0)

## 11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- เป็นมากที่สุด  (3)
- ค่อนข้างมาก  (2)
- ไม่มากนัก  (1)
- ไม่เป็นเลย  (0)

## 12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

- มากเท่าที่เคยเป็น  (0)
- ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น  (1)
- น้อยกว่าที่เคยเป็น  (2)
- เกือบจะไม่มีเลย  (3)

## 13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- บ่อยมาก  (3)
- ค่อนข้างบ่อย  (2)
- ไม่บ่อยนัก  (1)
- ไม่มีเลย  (0)

## 14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- เป็นส่วนใหญ่  (0)
- เป็นบางครั้ง  (1)
- ไม่บ่อยนัก  (2)
- น้อยมาก  (3)

No.....

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

(Thai Interpersonal Questionnaire)

**คำชี้แจง** ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดในช่วงระยะเวลาปีที่ผ่านมาโปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. คุณคิดถึงบุคคลที่ใกล้ชิดกับคุณเสียชีวิตไปหรือไม่  
 ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (0) บ่อยๆ  (0) ตลอดเวลา  (0)

ถ้าคุณตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 2

ก. คุณได้คิดถึงช่วงเวลาที่มีความสุขของความสัมพันธ์กับบุคคลคนนั้นหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (1) บ่อยๆ  (0) ตลอดเวลา  (2)

ข. คุณได้คิดถึงช่วงเวลาที่ปัญหาของความสัมพันธ์กับบุคคลคนนั้นหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (1) บ่อยๆ  (0) ตลอดเวลา  (2)

ค. คุณได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่คุณพอใจก่อนการเสียชีวิตของบุคคลนั้นหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ง. คุณได้หาวิธีการช่วยทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้นหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

2. คุณมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่  
 ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (0) บ่อยๆ  (0) ตลอดเวลา  (0)

ถ้าคุณตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 3

ก. คุณได้บอกเค้าโดยตรงหรือไม่ว่าคุณรู้สึกอย่างไร  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ข. คุณได้ช่วยให้เขาเข้าใจความคิดเห็นของคุณหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ค. คุณเข้าใจความคิดเห็นของบุคคลอื่นหรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ง. คุณสามารถแก้ไขปัญหาของคุณกับบุคคลนั้นได้  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

จ. คุณสามารถมีความสุขกับความสัมพันธ์นั้นได้หรือไม่  
 ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อยๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

3. มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิตคุณ (เช่น การแต่งงาน, การคลอดบุตร, การหย่าร้าง, การแยกกันอยู่, การย้ายเข้า หรือย้ายออกจากครอบครัว, การเปลี่ยนแปลงฐานะทางกรงาน, มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ) ในช่วงเวลาที่ผ่านมาหรือไม่

ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (0) บ่อย ๆ  (0) ตลอดเวลา  (0)

ถ้าคุณตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 4

ก. กรุณาระบุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นลงที่นี่.....

ข. คุณสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อย ๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ค. คุณสามารถทำหน้าที่กิจวัตรได้เป็นปกติหลังการเปลี่ยนแปลงนี้หรือไม่

ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อย ๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ง. คุณสามารถพอใจกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้หรือไม่

ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อย ๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

4. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา รู้สึกโดดเดี่ยวบ้างหรือไม่

ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (0) บ่อย ๆ  (0) ตลอดเวลา  (0)

ถ้าคุณตอบว่าไม่เลย ถือว่าจบแบบสอบถาม

ก. คุณได้ใช้เวลากับบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อย ๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ข. คุณพอใจในความสัมพันธ์ต่าง ๆ หรือไม่

ไม่เลย  (3) บางครั้ง  (2) บ่อย ๆ  (1) ตลอดเวลา  (0)

ค. คุณมีความลำบากในการทำความรู้จักบุคคลใหม่ ๆ หรือไม่

ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (1) บ่อย ๆ  (2) ตลอดเวลา  (3)

ง. คุณมีความลำบากในการรักษามิตรภาพไว้หรือไม่

ไม่เลย  (0) บางครั้ง  (1) บ่อย ๆ  (2) ตลอดเวลา  (3)

No.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความ ลงใน ช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
 

อยู่คนเดียวตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	(1)
อยู่กับสามี ภรรยา บุตร	<input type="checkbox"/>	(2)
อยู่กับญาติ	<input type="checkbox"/>	(3)
อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ	<input type="checkbox"/>	(4)
  
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมท่านด้วย).....คน
  
3. สถานภาพในครอบครัว
 

หัวหน้าครอบครัว	<input type="checkbox"/>	(1)
สมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	(2)
ผู้อาศัย	<input type="checkbox"/>	(3)
  
4. ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดท่านมากที่สุด
 

ไม่มี	<input type="checkbox"/>	(1)
สามี ภรรยา	<input type="checkbox"/>	(2)
บุตร	<input type="checkbox"/>	(3)
บิดา มารดา	<input type="checkbox"/>	(4)
ญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/>	(5)
อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/>	(6)

5. ท่านกรุณาทำเครื่องหมาย✓ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับสภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.1 สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้แกกัน					
5.2 ครอบครัวมีปัญหาการเงิน					
5.3 ครอบครัวมีปัญหาที่หาข้อยุติไม่ได้					
5.4 ครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง					
5.5 ครอบครัวมีปัญหาพูดจาสื่อสารไม่เข้าใจ					
5.6ทัศนคติในครอบครัวไม่ตรงกัน					
5.7 ครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว รัศมี นามสกุล บัณฑิตสิทธิ์รัตน์  
 วัน เดือน ปีเกิด 15 พฤศจิกายน 2527 จังหวัดกรุงเทพมหานคร  
 พ.ศ.2551 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จากคณะสังคมวิทยาและ  
 มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเข้าศึกษาต่อในระดับ  
 ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย