

ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

Prevalence and the Correlation Between Depression and Health Related Quality of Life among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients

สิทธิพร โนรี¹, อัจจิมา บวรธรรมปิติ¹, สุรพล โนชัยวงศ์, ภ.บ.^{1,2}, เกียรติเกรียงไกร โกยรัตโกศล, ภ.บ.^{1,2},
ชยุตพงศ์ ใจใส, ภ.บ.^{1,2}, เศรษฐพล ปัญญาทอง, พ.บ.³, กิตติยา เสทชะยะ, พย.บ.³,
บุญธิตา ประเสริฐกุล, พย.บ.³, ชิดชนก เรือนก้อน, วท.ด.^{1,2*}

Sithiporn Noree¹, Atchima Bowolthumpiti¹, Surapon Nochaiwong, Pharm.D.^{1,2},
Kiatkriangkrai Koyratkoson, Pharm.D.^{1,2}, Chayutthaphong Chaisai, Pharm.D.^{1,2},
Setthapon Panyathong, M.D.³, Kittiya Sattaya, B.N.S.³, Boontita Prasertkul, B.N.S.³,
Chidchanok Ruengorn, Ph.D.^{1,2*}

¹ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม ²ศูนย์วิจัยเภสัชระบาดวิทยาและสถิติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 ประเทศไทย

³ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลนครพิงค์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180 ประเทศไทย

¹Department of Pharmaceutical Care, ²Pharmacoepidemiology and Statistics Research Center, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Mueang, Chiang Mai 50200, Thailand.

³Kidney Center, Nakomping Hospital, Mae Rim, Chiang Mai 50180, Thailand.

*E-mail: mei.ruengorn@gmail.com

Songkla Med J 2017;35(4):301-312

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2556

รับต้นฉบับวันที่ 8 ธันวาคม 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 11 กรกฎาคม 2560

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับภาษาไทย (BDI-II) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตขนาดย่อ (KDQOL-SF) ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต และสถิติถดถอยโลจิสติกในการหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการล้างไตและภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นกลุ่มภาวะซึมเศร้า (BDI-II \geq 14) และกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า (BDI-II $<$ 14)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 81 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 60.5 อายุเฉลี่ย 57.9 \pm 13.6 ปี ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 40 ราย และการล้างไตทางช่องท้อง 41 ราย ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 35.8 (95% confidence interval (95% CI)= 25.4-47.2) ผู้ป่วยฟอกเลือดยุทธ์ร้อยละ 37.5 (95% CI=22.7-54.2) และล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 34.1 (95% CI=20.1-50.6) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดไตเทียมกับภาวะซึมเศร้า พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (β) ในผู้ป่วยทั้งหมด [β -1.08 (95% CI=-1.34-(-0.82)); p-value $<$ 0.001] ผู้ป่วยฟอกเลือด (β -0.96 [95% CI=-1.30-(-0.63)]; p-value $<$ 0.001) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (β -1.28 [95% CI=-1.73-(-0.82)]; p-value $<$ 0.001)

สรุป: ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไตเทียมและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ บุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนักถึงภาวะซึมเศร้านอกเหนือจากการดูแลรักษาสุขภาพทางกายเพียงด้านเดียว

คำสำคัญ: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การล้างไตทางช่องท้อง, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะซึมเศร้า

Abstract:

Objective: To evaluate the prevalence of depression and the association between depression and health-related quality of life among hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD) patients.

Materials and Methods: This analytical cross-sectional study was conducted using the Beck Depression Inventory Thai version (BDI-II) and the Kidney Disease Quality of Life Short Form Thai version (KDQOL-SF) during July 1st-November 19th 2015. Linear regression was used to analyze an association between depression and quality of life. Meanwhile, logistic regression was performed to determine association between dialysis modality and depression level categorized into two groups; depression (BDI-II \geq 14), and no depression (BDI-II $<$ 14).

Results: Of 81 dialysis patients; 60.5% was male, mean \pm standard deviation age was 57.9 \pm 13.6 years old. Forty and 41 patients underwent HD and PD, respectively. Overall, dialysis patients had the prevalence of depression of 35.8% (95% confidence interval (95% CI)=25.4-47.2), 37.5% (95% CI=22.7-54.2) and 34.1% (95% CI=20.1-50.6), respectively. There was no association between dialysis modality and depression score. The results revealed the reverse of association between depression score and the KDQOL-SF score. The beta coefficient (β) were -1.08 (95% CI -1.34 to -0.82; p-value $<$ 0.001) in overall patients, -0.96 [95% CI -1.30 to -0.63; p-value $<$ 0.001] in HD patients, and -1.28 [95% CI -1.73 to -0.82; p-value $<$ 0.001] in PD patients.

Conclusion: Depression is commonly revealed in dialysis patients and significantly associated with their quality of life. Healthcare providers need to pay attention to depression not merely emphasizing in physical treatments.

Keywords: depression, end-stage renal disease, hemodialysis, peritoneal dialysis, quality of life

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy)^{1,2} ในปี พ.ศ. 2553 ทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตประมาณ 2.6 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไตมากถึง 5.4 ล้านราย³ สำหรับประเทศไทยพบว่าการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่พึ่งพาการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม (kidney dialysis) เป็นหลัก ซึ่งประกอบไปด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) รายงานผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับการบำบัดทดแทนไตของประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) พ.ศ. 2556⁴ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องคิดเป็น 731.9 และ 243.1 รายต่อประชากร 1 ล้านคนตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี สืบเนื่องจากนโยบายภาครัฐในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยต้องประสบปัญหาภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดขึ้นจากการดำเนินไปของโรคหรือจากกระบวนการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยและครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายไปกับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล หดหู่ รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อภาวะโรค จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตาย^{5,6}

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis) พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมมีภาวะ

ซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 39.3 (95% confidence interval (95% CI) 36.8–42.0)⁵ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ระหว่างร้อยละ 29.9–69.2^{6–10} ทั้งนี้ความแตกต่างของความชุกที่พบในแต่ละการศึกษาอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้าและบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าข้อมูลการศึกษา ณ ปัจจุบัน ยังให้ข้อขัดแย้งกันเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมที่มีผลต่อความชุกหรือความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การศึกษาโดย Kalender และคณะ¹¹ พ.ศ. 2550 และ Jung และคณะ¹² พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความชุกและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางตรงกันข้าม Turkmen และคณะ¹³ พ.ศ. 2555 กลับพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างไตทางช่องท้องพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม มักมีคุณภาพชีวิตลดลงในหลายมิติทั้งมิติสุขภาพทั่วไป (short form-36 health survey domains) และมิติสุขภาพ

เฉพาะโรคไต (kidney disease targeted items)^{14,15} ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมส่วนใหญ่มักดำเนินการศึกษาในต่างประเทศเป็นหลัก การศึกษาในบริบทของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความชุกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุก ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมต่อภาวะซึมเศร้า และผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม เพื่อวางแผนการดูแลรักษา ช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพจิตใจผู้ป่วย ตลอดจนกำหนดมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตายในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องทุกรายที่มารับบริการ ณ ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จนได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดตามที่คำนวณได้ ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยทุกรายลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมเข้าสู่การศึกษา การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ชม 0032.2/4889

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง
2. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ณ วันที่เข้าสู่การศึกษา

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมเพื่อหวังผลสำหรับการรักษาภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury)
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย หรือให้ข้อมูลได้ทั้งจากการทำแบบประเมินเอง หรือจากการสัมภาษณ์
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือได้รับยารักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน
4. ผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตอื่นๆ หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต

การประมาณขนาดตัวอย่าง

การประมาณขนาดตัวอย่างครอบคลุมวัตถุประสงค์หลักทั้งสองข้อ สำหรับวัตถุประสงค์แรก ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ รสสุคนธ์ วาริทสกุล และคณะ⁶ ซึ่งพบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 29.9 ใช้สูตรคำนวณสัดส่วนกลุ่มเดียว กำหนดความผิดพลาดที่ยอมรับได้ร้อยละ 10 และความผิดพลาดชนิดที่ 1 (type I error) เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่าง อย่างน้อย 81 ราย ส่วน

วัตถุประสงค์ที่สอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมต่อภาวะซึมเศร้า อ้างอิงจากการศึกษาของ Vasilopoulou และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของเบ็คสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เท่ากับ 14.94 ± 3.36 และไม่มีอาการซึมเศร้า 20.96 ± 3.28 ตามลำดับ กำหนดความผิดพลาดชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 และกำลังในการทดสอบร้อยละ 90.0 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 7 ราย รวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 14 ราย ท้ายที่สุดผู้วิจัยเลือกจำนวนตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 81 ราย เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์หลักข้างต้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study)

ตัวแปรและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรศึกษา

1.1 ภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory II; BDI-II) ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียม^{5,11-13,17,18} แบบประเมินดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยอัจฉรา มุ่งพานิช¹⁹ และมีการตรวจสอบการตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 5 ท่าน พบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คประกอบไปด้วยข้อคำถามอาการทางจิต 15 ข้อ และข้อคำถามอาการทางกายอีก 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 21 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ตามระดับความรุนแรง คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-63 คะแนน แบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับได้แก่ (1) 1-13 คะแนน หมายถึง อารมณ์ปกติ (2) 14-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (3) 20-28 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง และ (4) 29-63 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงทั้งนี้การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

1.2 คุณภาพชีวิต

การศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตขนาดย่อ (Kidney Disease Quality of Life Short Form; KDQOL-SF) ประกอบด้วยคำถามรวม 80 ข้อ แบ่งเป็น 19 มิติตัวเลือกตอบ มีตั้งแต่ 2-7 ระดับลักษณะเป็นแบบ Likert scale ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แบบประเมินดังกล่าวนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต^{20,21} โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคไตอยู่ในช่วง 0.49-0.86 และส่วนคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปอยู่ในช่วง 0.78-0.97

2. ตัวแปรทวนหรือตัวแปรที่มีผลกระทบ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้แบบเก็บข้อมูลโดยมีข้อมูลที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา โรคร่วมด้ข้มีมวลกาย ข้อมูลการรักษาประกอบด้วย ระยะเวลาในการรับบริการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม และความร่วมมือในการรักษา สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องการผู้ดูแลระดับ eGFR เมื่อเริ่มรับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมและผลทางห้องปฏิบัติการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา และความชุกของภาวะซึมเศร้าใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ทดสอบความสัมพันธ์ของชนิดการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่แบ่งเป็นสองกลุ่ม (cut-off point 14.0) ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว และตัวแปรพหุเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทวน (univariate

and multivariate logistic regression) นำเสนอด้วยค่า odds ratio (OR) และ 95% CI วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียว (univariable linear regression) นำเสนอด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (β) และ 95% CI โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 14.0 กำหนดความผิดพลาดชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 81 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 40 ราย และล้างไตทางช่องท้อง 41 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.5) อายุเฉลี่ย 57.9 ± 13.6 ปี เมื่อพิจารณาจากรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม พบว่าลักษณะทางประชากรของกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นในส่วนของสิทธิในการรักษาพยาบาล และระยะเวลาในการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมกับภาวะซึมเศร้า

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมเมื่อทำการแบ่งด้วยคะแนน Beck II ที่จุดตัด 14.0 ร้อยละ 35.8 (95% CI=25.4-47.2) ซึ่งค่ามัธยฐานคะแนนภาวะซึมเศร้าของเบ็คเท่ากับ 11 (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-41) เมื่อจำแนกตามชนิดการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม พบความชุกในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 37.5 (95% CI=22.7-54.2) และ 34.1 (95% CI=20.1-50.6) ตามลำดับ ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของความชุกระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง (ตารางที่ 2) นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดทดแทนไตกับภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวหรือการวิเคราะห์ตัวแปรพหุซึ่งปรับอิทธิพลตัวแปรทวน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (81 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (40 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ล้างไตทางช่องท้อง (41 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ				
ชาย	49 (60.5)	23 (46.9)	26 (53.1)	0.653
หญิง	32 (39.5)	17 (53.1)	15 (46.9)	
อายุ (ปี)				
<60	42 (51.8)	23 (54.8)	19 (45.2)	0.377
≥60	39 (48.2)	17 (43.6)	22 (56.4)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	57.9 (13.6)	57.1 (14.3)	58.7 (13.0)	0.598
สถานภาพการสมรส				
โสด	5 (6.2)	1 (20.0)	4 (80.0)	0.316
แต่งงาน	72 (88.9)	36 (50.0)	36 (50.0)	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4 (4.9)	3 (75.0)	1 (25.0)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (7.4)	3 (50.0)	3 (50.0)	0.092
ประถมศึกษา	43 (53.1)	17 (39.5)	26 (60.5)	
มัธยมศึกษา	18 (22.2)	9 (50.0)	9 (50.0)	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	14 (17.3)	11 (78.6)	3 (21.4)	
การประกอบอาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	53 (65.4)	24 (45.3)	29 (54.7)	0.356
ทำงาน	28 (34.6)	16 (57.1)	12 (42.9)	
รายได้ผู้ป่วย (บาท/เดือน)				
<5,000	56(69.1)	27 (48.2)	29 (51.8)	0.824
5,000-9,999	7 (8.6)	3 (42.9)	4 (57.1)	
≥10,000	18 (22.2)	10 (55.6)	8 (44.4)	
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	38 (46.9)	7 (18.4)	31 (81.6)	< 0.001
ข้าราชการ	27 (33.3)	21 (77.8)	6 (22.2)	
ประกันสังคม/อื่นๆ	16 (19.8)	12 (75.0)	4 (25.0)	
สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย				
Diabetic nephropathy	31 (38.3)	16 (51.6)	15 (48.4)	0.959
Hypertensive nephrosclerosis	30 (37.0)	14 (46.7)	16 (53.3)	
ไม่ทราบ/อื่นๆ	20 (24.7)	10 (50.0)	10 (50.0)	
ต้องการผู้ดูแล	62 (76.5)	29 (46.8)	33 (53.2)	0.441
ระดับ eGFR เมื่อเริ่มรับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม [†]				
Early starter (eGFR≥7 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	26 (32.1)	13 (50.0)	13 (50.0)	1.000
Late starter (eGFR<7 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	55 (67.9)	27 (49.1)	28 (50.9)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (81 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (40 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ล้างไตทางช่องท้อง (41 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ระยะเวลาในการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม (ปี)				
<1	25 (30.9)	17 (68.0)	8 (32.0)	0.042
1-5	39 (48.1)	14 (35.9)	25 (64.1)	
>5	17 (21.0)	9 (52.9)	8 (47.1)	
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	2 (4.3)	1.1 (4)	3.2 (4)	0.033
โรคร่วมก่อนเริ่มบำบัดด้วยวิธีไตเทียม				
โรคความดันโลหิตสูง	46 (56.8)	27 (58.7)	19 (41.3)	0.073
โรคเบาหวาน	33 (40.7)	19 (57.6)	14 (42.4)	0.262
โรคหลอดเลือดและหัวใจ	20 (24.7)	13 (65.0)	7 (35.0)	0.128
ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI; ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.9±2.0	6.3±1.9	5.5±2.0	0.076
การให้ความร่วมมือในการรักษา				
ไม่มีประวัติผิดนัด	72 (88.9)	37 (51.4)	35 (48.6)	0.482
มีประวัติผิดนัด	9 (11.1)	3 (33.3)	6 (66.7)	
ผลทางห้องปฏิบัติการ (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
Serum albumin (ก./ดล.)	3.4±0.6	3.3±0.5	3.5±0.7	0.157
Hemoglobin (ก./ดล.)	9.9±2.6	9.4±1.9	10.3±3.1	0.132
Hematocrit (ร้อยละ)	30.0±6.4	29.1±5.6	30.9±7.1	0.216
Serum sodium (มิลลิอิควิวาเลนต์/ล.)	137.7±3.7	138.2±3.5	137.2±3.8	0.217
Serum potassium (มิลลิอิควิวาเลนต์/ล.)	3.5±0.7	3.5±0.7	3.4±0.7	0.759
Serum calcium (มก./ดล.)	9.3±1.1	9.4±1.2	9.3±0.9	0.710
Serum phosphate (มก./ดล.)	4.0±1.8	3.8±1.8	4.1±1.8	0.458

[†]eGFR คำนวณตามสมการ CKD-EPI

CCI=Charlson comorbidity index, [C]x[P]=calcium-phosphorus product, eGFR=estimated glomerular filtration rate, iPTH=intact parathyroid hormone

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซีมีเศร้า

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (81 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (40 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	ล้างไตทางช่องท้อง (41 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
คะแนนภาวะซีมีเศร้า	11 (1-41)	11 (2-41)	9 (1-40)	0.511
ค่ามัธยฐาน (ค่าน้อยที่สุด-ค่ามากที่สุด)				
ภาวะซีมีเศร้า				0.819
มีภาวะซีมีเศร้า (คะแนน Beck II≥14)	29 (35.8)	15 (37.5)	14 (34.2)	
ไม่มีภาวะซีมีเศร้า (คะแนน Beck II<14)	52 (64.2)	25 (62.5)	27 (65.8)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมและภาวะซึมเศร้า

ผลลัพธ์ [†]	โมเดล 1: เปรียบเทียบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าคะแนน BDI-II เป็นค่าต่อเนื่อง		โมเดลที่ 2: เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า (BDI-II≥14 กับ BDI-II<14)	
	β (95% CI)	P-value	OR (95% CI)	P-value
Unadjusted	2.12 (-1.74, 5.97)	0.277	1.16 (0.47, 2.87)	0.753
Adjusted [‡]	1.32 (-3.24, 5.88)	0.564	0.30 (0.04, 2.14)	0.231

[†]ใช้กลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเป็นกลุ่มอ้างอิง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

[‡]ปรับอิทธิพลตัวแปรกวน ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ระดับอัลบูมินในเลือด และฮีโมโกลบิน

BDI-II=Beck Depression Inventory II, CI=confidence interval, OR=odds ratio

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องมีค่าเท่ากับ 57.6 ± 13.9 และ 60.5 ± 14.1 พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.96 (95% CI= -1.30 – -0.63], p -value <0.001 , R^2 0.47) และ -1.28 (95% CI= -1.73 – -0.82], p -value <0.001 , R^2 0.47) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม รายงานการวิจัยก่อนหน้าซึ่งรวบรวมผลจาก 170 การศึกษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 43,650 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.3 (95% CI=36.8–42.0) จำแนกเป็นความชุกในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 38.5 (95% CI=35.4–41.6) และร้อยละ 37.3 (95% CI=31.7–

43.5) ตามลำดับ⁵ สำหรับการศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สอดคล้องกับรายงานข้างต้น กล่าวคือ พบความชุกในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมร้อยละ 35.8 (95% CI=25.4–47.2) จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 37.5 (95% CI=22.7–54.2) และร้อยละ 34.1 (95% CI=20.1–50.6) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าบางรายงานการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถึงร้อยละ 69.2⁹ และต่างประเทศที่พบร้อยละ 51.7¹² ทั้งนี้ความแตกต่างของที่พบอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น บริบทวัฒนธรรม หรือเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่พบว่ามีการใช้จุดตัดที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์จุดตัดมาตรฐาน (cut-off point) ของหลายๆ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ในกรณีของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค หลายการศึกษาก่อนหน้าใช้ค่าจุดตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับประชากรทั่วไป ในขณะที่การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ค่าจุดตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป ในการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อ้างอิงจากการศึกษาโดย Hedayati และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่าค่าจุดตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป ให้ความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 62.0 (95% CI=

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (40 ราย)			ล้างไตทางช่องท้อง (41 ราย)			กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (81 ราย)		
	β (95% CI)	P-value	R ²	β (95% CI)	P-value	R ²	β (95% CI)	P-value	R ²
มิติสุขภาพทั่วไป (SF-36 health survey domains)	-0.92 (-1.33 to -0.50)	<0.001	0.33	-1.34 (-1.92 to -0.77)	<0.001	0.35	-1.08 (-1.41 to -0.75)	<0.001	0.34
องค์ประกอบด้านกายภาพ (PCS)	-0.70 (-1.15 to -0.25)	0.003	0.18	-1.41 (-2.08 to -0.75)	<0.001	0.31	-0.95 (1.33 to -0.58)	<0.001	0.23
องค์ประกอบด้านจิตใจ (MCS)	-1.14 (-1.67 to -0.60)	<0.001	0.31	-1.28 (-1.96 to -0.60)	<0.001	0.25	-1.21 (-1.62 to -0.81)	<0.001	0.30
มิติสุขภาพเฉพาะโรคไต (KDI)	-1.05 (-1.34 to -0.76)	<0.001	0.58	-1.14 (1.49 to -0.78)	<0.001	0.51	1.08 (-1.29 to -0.87)	<0.001	0.56
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-0.96 (-1.30 to -0.63)	<0.001	0.47	-1.28 (-1.73 to -0.82)	<0.001	0.44	-1.08 (-1.34 to -0.82)	<0.001	0.46

CI=confidence interval, KDI=kidney disease targeted items, MCS=matal component summary score, PCS=physical component summary score

43-81) และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 81.0 (95% CI=72-90) ซึ่งที่ดีที่สุดสำหรับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อเทียบกับการใช้จุดตัดที่ 11, 12 และ 15 คะแนน ซึ่งมีความไว ร้อยละ 69.0, 65.0 และ 50.0 ตามลำดับ ในขณะที่มีความจำเพาะ ร้อยละ 67.0, 72.0 และ 83.0 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียมกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่กลับพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความชุกและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹⁻¹³ สาเหตุหลักอาจสืบเนื่องจากความแตกต่างกันในแง่ของบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบกับเมื่อพิจารณาข้อมูลลักษณะทางประชากรและเศรษฐฐานะทางสังคมของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีลักษณะทางประชากรในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน เช่น ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพรายได้ผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น อาจเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีไตเทียมกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษา นี้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มที่จะพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะซึมเศว้ารุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (5 ราย เปรียบเทียบกับ 1 ราย ตามลำดับ) แต่ด้วยข้อจำกัดในแง่ของกำลังในการทดสอบเนื่องจากมีขนาดตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศว้ารุนแรงน้อยทำให้อาจไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ในแง่ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานหลายฉบับก่อนหน้านี้จากทั้งในประเทศ¹⁷ และต่างประเทศ¹³⁻¹⁶ ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิต พบว่าการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ในขณะที่การศึกษาของ นิลิตา เหลาแหลม และคณะ²² พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพทั่วไป และการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องความแตกต่างของบริบทพื้นที่และรูปแบบการให้บริการของเจ้าหน้าที่อาจมีความแตกต่างกัน

การศึกษานี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไตเทียม กล่าวคือภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลลดคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติสุขภาวะทั่วไป (short form-36 health survey domains) มิติสุขภาวะเฉพาะโรคไต (kidney disease targeted items) และคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศก่อนหน้านี้^{14,15} ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตทั้งมิติที่สัมพันธ์กับโรคไต และมิติสุขภาวะอื่นๆ ยิ่งไปกว่านั้นเป็นที่น่าสังเกตว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเพียงปัจจัยเดียวสามารถอธิบายคุณภาพชีวิต มิติสุขภาวะเฉพาะโรคไตได้มากกว่าร้อยละ 50.0 ($R^2=0.56$)

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อจำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยไตเทียม ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ในกรณีที่ไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจได้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเกิดความรู้สึกหดหู่ วิตกกังวลใจ ท้อแท้กับปัญหาสุขภาพที่ประสบ และสูญเสียความมั่นใจหรือความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด

จุดแข็งของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของผู้ป่วยล้างไตในเขตภาคเหนือของประเทศไทยที่ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทั้ง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คและแบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตขนาดย่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการพัฒนาและตรวจสอบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไตเทียม ซึ่งเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล นอกจากนี้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตขนาดย่อยังมีความจำเพาะต่อกลุ่มตัวอย่างมากกว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตอื่น เนื่องจากประกอบไปด้วยมิติที่สัมพันธ์กับโรคไต และมิติสุขภาวะอื่นๆ

การศึกษาครั้งนี้มีจุดอ่อนหรือข้อจำกัดในการนำผลไปประยุกต์ใช้หลายประการ ดังนี้ รูปแบบการศึกษาคัดขวาง

ทำให้ไม่สามารถระบุทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่แน่ชัดได้ ประกอบกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อม นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเวลาเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถระบุอุบัติการณ์ที่แน่ชัดได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ไม่ครอบคลุมทั้งหมด เช่น ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นต้น และประการสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อาจจะไม่ได้สะท้อนลักษณะบางประการของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไตเทียมในประชากร เนื่องจากผู้วิจัยได้คัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือมีปัญหาทางจิตออกไป ประกอบกับลักษณะทางสังคมและบริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การนำผลไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงปัจจัยข้างต้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

เมื่ออ้างอิงจากผลการศึกษาข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่สำคัญประการหนึ่งในการบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไตเทียม กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หากบุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรอง ป้องกัน และจัดการภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่นั้นๆ ก็เท่ากับว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดจนเพิ่มความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ในการรักษาในที่สุด

ประเด็นที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ (1) จุดตัดมาตรฐานที่เหมาะสม และความสามารถของเครื่องมือแต่ละชนิดในการทำนายภาวะซึมเศร้าที่จำเพาะกับผู้ป่วยไทยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม (2) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศวราวมไปถึงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมทั้งนี้ควรออกแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้าและติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้สามารถระบุทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ได้แน่ชัดยิ่งขึ้น และ (3) การศึกษาเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของ การคัดกรองหรือวิธีการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า ตลอดจนรูปแบบหรือมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยวิธีไตเทียม

สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีไตเทียมของประชากรในเขตภาคเหนือมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.8 แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง แต่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตบุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า นอกจากการรักษาทางกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ทุกท่านในการช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Stanifer JW, Muir A, Jafar TH, Patel UD. Chronic kidney disease in low- and middle-income countries. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 868 – 74.
2. Thomas B, Wulf S, Bikbov B, Perico N, Cortinovis M, Courville de Vaccaro K, et al. Maintenance dialysis throughout the world in years 1990 and 2010. *J Am Soc Nephrol* 2015; 26: 2621 – 33.
3. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet* 2015; 385: 1975 – 82.
4. Chuasuwan A, Praditpornsilpa K, editors. Thailand renal replacement therapy year 2013. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2013.
5. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int* 2013; 84: 179 – 91.
6. Varitsakul R, Sindhu S, Sriyuktasuth A, Viwatwongkasem C, Dennison Himmelfarb CR. The relationships between clinical, socio-demographic and self-management: factors

- and complications in Thai peritoneal dialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal* 2013; 9: 85 – 92.
7. Artiwitchayanon A, Keeratiyutawong P, Duangpaeng S. Predictors of self-management in patients with chronic kidney disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Rama Nurs J* 2015; 21: 172 – 85.
 8. Sindhu S, Varitsakul R, Sriyuktasuth A. Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients. *J Nurs Sci* 2011; 29 (Suppl 2): S84 – 92.
 9. Thokaew S. Depression in hemodialysis patients in Nakhon Pathom Province (master's thesis). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2003.
 10. Bannasitrath R. Anxiety, depression, and psychosocial factors in patients with chronic kidney disease in department of medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital (master's thesis). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2009.
 11. Kalender B, Ozdemir AC, Dervisoglu E, Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 569 – 76.
 12. Jung S, Lee YK, Choi SR, Hwang SH, Noh JW. Relationship between cognitive impairment and depression in dialysis patients. *Yonsei Med J* 2013; 54: 1447 – 53.
 13. Turkmen K, Yazici R, Solak Y, Guney I, Altintepe L, Yeksan M, Tonbul HZ. Health-related quality of life, sleep quality, and depression in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Hemodial Int* 2012; 16: 198 – 206.
 14. Weisbord SD. Patient-centered dialysis care: depression, pain, and quality of life. *Semin Dial* 2016; 29: 158 – 64.
 15. Belayev LY, Mor MK, Sevick MA, Shields AM, Rollman BL, Palevsky PM, et al. Longitudinal associations of depressive symptoms and pain with quality of life in patients receiving chronic hemodialysis. *Hemodial Int* 2015; 19: 216 – 24.
 16. Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Glob J Health Sci* 2016; 8: 45 – 55.
 17. Chilcot J, Norton S, Wellsted D, Almond M, Davenport A, Farrington K. A confirmatory factor analysis of the beck depression inventory-II in end-stage renal disease patients. *J Psychosom Res* 2011; 71: 148 – 53.

18. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006; 69: 1662 – 8.
19. Mungpanich A. Development of depression assessment tool BDI-II. Bangkok: The National Research Council of Thailand; 2007.
20. Homjean K, Sakthong P. Translation and cognitive testing of the Thai version of the Kidney Disease Quality of Life Short-Form Questionnaires version 1.3. *Thai J Pharm Pract* 2010; 2: 3 – 14.
21. Manyanon W, Waleekhachonloet O, Rattanachotpanich T. Psychometric properties of the Kidney Disease Quality Of Life Short Form (KDQOL-SFTM) Thai version. *Thai J Pharm Pract* 2010; 2: 15 – 23.
22. Laolam N, Kriyasin P, Palakul W, Chimpalee A, Halue G, Chandeying V. Quality of life assessment among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis at Phayao Hospital. *Naresuan Phayao J* 2014; 7: 172 – 7.