



ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
Sexual Function Experience, Management Strategies and Quality of Life
in Muslim Patients With End Stage Renal Disease
Receiving Renal Replacement Therapy

มยุรา หมัดศิริ
Mayoora Madsiri

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2562
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
ผู้เขียน	นางมยุรา หมดศิริ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัณฑ์พร ยอดไชย)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัณฑ์พร ยอดไชย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เขี้ย)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟ่างรุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กัณฑ์พร ยอดไชย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางมยุรา หมดศิริ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางมยุรา หมดศิริ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
ผู้เขียน	นางมยุรา หมดศิริ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (3) แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (4) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (5) แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และ (6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เครื่องมือวิจัยที่ 2, 3, 4, 5, และ 6 ได้เท่ากับ .74, .70, .83, .73, .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ระหว่าง 28-81 ปี ($M = 51.41$, $SD = 11$) ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 45.42$, $SD = 5.94$) อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุดคือ อาการความต้องการทางเพศลดลง พบร้อยละ 56.5 โดยเพศชายมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุดคือ อาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ ร้อยละ 45.9 ในขณะที่เพศหญิงอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุดคือ ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดหรือมีน้อยมากขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.8 การตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการ

ทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อ่อนล้า (30.6%) หงุดหงิด (35.3%) และการลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ (44.7%)

2. วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างใช้ มีดังนี้ (1) วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาด การขอพร พบ ร้อยละ 91.8 (2) สร้างบรรยากาศให้สบาย เหมาะสมกับการนอนและการมีเพศสัมพันธ์ พบ ร้อยละ 44.7 และ (3) การล้างไตอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล พบ ร้อยละ 96.5

3. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 3.95, SD = .37$)

4. การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18, p = .10$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

Thesis Title	Sexual Function Experience, Management Strategies and Quality of Life in Muslim Patients With End Stage Renal Disease Receiving Renal Replacement Therapy
Author	Mrs. Mayoora Madsiri
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2018

ABSTRACT

This descriptive research study aimed to examine sexual function experience, management strategies and quality of life in Muslim patients with end stage renal disease (ESRD) receiving renal replacement therapy (RRT), and to examine the relationship between sexual function and quality of life in Muslim patients with ESRD receiving RRT. The samples of the study were Muslim patients with ESRD receiving hemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Purposive sampling was used to recruit 85 participants. The instruments of the study included: (1) The demographic information form, (2) The Quality of Sexual Function Scale, (3) Symptoms of Sexual Dysfunction, (4) Response to Sexual Dysfunction Symptoms, (5) Sexual Dysfunction Management Strategies and (6) Thai Health Related Quality of Life Dialysis. Content validity of all instruments was examined by five experts. Cronbach's alpha coefficient of instruments number 2, 3, 4, 5 and 6 were .74, .70, .83, .73, and .70, respectively. Data were statistically analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient.

The results showed the following:

1. Sixty percent of participants were male and 40 percent were female and aged between 28 and 81 years old ($M = 51.41$, $SD = 11$). The overall sexual function score was at the mild level ($M = 45.42$, $SD = 5.94$). Participants (56.5%) reported symptoms related to sexual dysfunction (SD) were decreased sexual desire, and erectile dysfunction in male participants (45.9%), which was the most frequently reported symptom related to SD. Whereas, females reported less lubrication in the

vagina during sex (11.8%). Responses to symptoms included: fatigue (30.6%), irritability (35.3%), and reducing amount of sexual intercourse (44.7%).

2. The most commonly used management strategies were: (1) using various methods of relaxation including: reading the Quran, prayer, and blessing (91.8%), (2) create a comfortable atmosphere suitable for sleep and sexual intercourse (44.7%) and (3) regular dialysis treatment according to advice from physicians and nurses (96.5%).

3. The level of quality of life of participants was good (50.6%) and overall score of quality of life was good ($M = 3.95$, $SD = .37$).

4. No significant difference was found between sexual function and quality of life in Muslim patients with ESRD receiving RRT ($r = .18$, $p = .10$).

The results of this study provide basic information to assist nurses and health care providers, to assess sexual dysfunction symptoms, and manage sexual dysfunction, in order to enhance the quality of life for Muslim patients with ESRD receiving RRT.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กันตพร ยอดไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความกรุณาและเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้งเป็นกำลังใจให้เสมอมา ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงเกศทิพย์ บัวแก้ว ดร. รจนา วิริยะสมบัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย คุณสุกร บุชปวนิช และคุณวินิตย์ หลงละเลิง ที่ให้ความกรุณาในการ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ดร. ปรีชา จันทรมณี ที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือเกี่ยวกับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี และโรงพยาบาลละงู รวมถึงเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล การวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็น อย่างดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาสับสนุนทุนวิจัย เพื่อทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณพี่ ๆ งานบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ในขั้นตอนต่าง ๆ มาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล รัตภูมิ ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณสามีและครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือ คอย ให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณทุกกำลังใจ ทุกการช่วยเหลือ จากพี่ๆ น้อง ๆ และเพื่อนๆ ทุกคนจน ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแต่ ครอบครัว คุณอาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

มยุรา หมัดศิริ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐาน.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	13
ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	13
ระยะของโรคไตเรื้อรัง.....	14
อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	15
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	16
หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	16
ข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	17
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม.....	18
การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	20
หลักการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	20
ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	20
ข้อห้ามในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....	21
แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	27
ความหมายและวงจรการตอบสนองของการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	27
ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และอาการของความบกพร่องการ ทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	30
อาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	30
หลักอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	31
เพศสัมพันธ์ในทัศนะของอิสลาม.....	32
ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
แนวทางการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้าย.....	37
เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	39
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต.....	41
ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต.....	41
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	42
เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต.....	44
ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	46
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	55
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	60
ผลการวิจัย.....	61
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	88
ข้อจำกัดในงานวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	90
เอกสารอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	103
ก เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล.....	104
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	122
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ.....	125
ง เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยและหนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	126
จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	141
ฉ ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์.....	147
ช การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น.....	152
ประวัติผู้เขียน.....	154

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	61
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวม.....	64
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความรุนแรงของอาการ.....	65
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และความถี่ของการเกิด/เดือน.....	67
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของการจัดการแต่ละวิธี.....	70
6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	73
7	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต.....	74
จ1	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ.....	141
จ2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามองค์ประกอบในการจัดการอาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์.....	142

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
จ3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ.....	143
จ4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็นรายด้าน.....	146

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	แบบจำลองการจัดการอาการของดอตต์และคณะ.....	27

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์พบมากในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยชายที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) (Papadopoulou, Varouktsi, Lazaridis, Boutari, & Doumas, 2015) และร้อยละ 70-80 พบในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Palmer & Clegg, 2017; Suzuki, Nishimatsu, Oba, Takahashi, & Homma, 2014) ส่วนในเพศหญิงพบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 94.1 และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 100 (Yazici et al., 2009) ซึ่งความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการร่วมเพศ ภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่เกิดความต้องการทางเพศ ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศที่เกิดขึ้นได้ (อาร์มัมและชัยเลิศ, 2559; Sharma & Kumar, 2016) จะพบอาการของความบกพร่องทางเพศในเพศชาย ได้แก่ อดเพศไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่ การหลั่งน้ำอสุจิช้า การหลั่งน้ำอสุจิเร็ว ความต้องการทางเพศลดลง และในเพศหญิง ได้แก่ ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดหรือมีน้อย ปวดบริเวณช่องคลอดหรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (กานต์และพิชญา, 2558)

ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความรู้สึกว่าร่ากายมีการเปลี่ยนแปลง จากการที่มีสายสวนล้างไตอยู่บริเวณหน้าท้อง และภาวะที่ผู้ป่วยมีน้ำยาล้างไตอยู่ในช่องท้องทำให้ท้องโต ทำให้ตัวเองเป็นคนไม่มีเสน่ห์ ไม่น่ามอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศลดลง (ประพัฒน์สินี, อรวรรณ, ศศิมา, และนพพร, 2558; Lai et al., 2007; Tannor, Archer, Kapembwa, Van Schalkwyk, & Davids, 2017) และมีความรู้สึกกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะกระทบต่อแผลบริเวณหน้าท้อง ทำให้ไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ (พัชรภรณ์, วรภา, และพรทิพย์, 2560) ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า มีอาการเหนื่อย เกรียด กังวลเกี่ยวกับการรักษา เกิดความท้อแท้กับอาการของโรค ส่งผลให้เพศชายอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ความรู้สึกทางเพศลดลง ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสได้ตามที่ต้องการ (ชัชวาล, 2559c) ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับผลกระทบจากภาวะของโรคไตเรื้อรัง และวิธีการรักษา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลง เกิดความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพในครอบครัวและกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป บางราย

ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (อรรวมณ, นพพร, ณีฎญา, และประพัฒน์สินี, 2560)

การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ถือเป็นสิ่งสำคัญในการใช้ชีวิตคู่ หลักคำสอนของศาสนาอิสลามได้กำหนดไว้ว่าภรรยาต้องมีความรัก เอาใจใส่ ปรนนิบัติสามี โดยเฉพาะในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ เมื่อสามีเกิดความต้องการ ภรรยาต้องมีการตอบสนองความต้องการโดยทันที ไม่สามารถที่จะปฏิเสธได้ (อามีน, 2557) โดยวัตถุประสงค์ของการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อสืบทอดวงศ์ตระกูล สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาให้เกิดความใกล้ชิดกัน และการมีเพศสัมพันธ์ยังส่งผลดีต่อสุขภาพ ช่วยลดความตึงเครียด ทำให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่แจ่มใส (เชคมุฮัมหมัด, 2561) นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังได้กำหนดไว้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่ต้องมีการจัดการอาการดังกล่าว ไม่ปล่อยให้ไปตามยถากรรม ส่วนในเรื่องของการหายนั้นขึ้นอยู่กับพระเจ้า (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ขึ้น ต้องหาวิธีการจัดการอาการ ดังแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้น ต้องหาวิธีการจัดการอาการดังกล่าวเพื่อบรรเทาอาการ ความเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมาน ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดการอาการด้วยตัวเอง ขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ สามารถจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ (1) การจัดการโดยใช้ยา ได้แก่ ยากลุ่มฟอสไฟโตเอสเทอเรส 5 อินฮิบิเตอร์ การบำบัดด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Edey, 2017; Papadopoulou et al., 2015; Suzuki et al., 2014) และการเสริมด้วยผลิตภัณฑ์สังกะสี (Vecchio et al., 2010) และ (2) การจัดการโดยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้กระบอกสุญญากาศ และจิตบำบัด (Edey, 2017; Papadopoulou et al., 2015; Suzuki et al., 2014) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของซัซวาล (2559c) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้และการจัดการปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการปัญหาด้านเพศสัมพันธ์โดยการทำความเข้าใจกับคู่สมรส ชี้แจงเกี่ยวกับสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดปัญหา มีการปรับเกี่ยวกับความต้องการทางเพศให้ตรงกัน และในส่วนของตัวผู้ป่วยเองต้องมีการจัดการกับสุขภาพของตนเองในด้านของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ให้อยู่เสมอ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของสุภร, เพลินพิศ, และวิภาวี (2549) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและการปรับตัวเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและคู่สมรส จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้วยการแสดงออกทางกาย ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพูดคุยกับคู่สมรส การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง

(2) การปรับตัวด้วยความคิด การใช้สติปัญญา ได้แก่ การหาความรู้เรื่องเพศจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล พ่อแม่ คู่สมรส วารสารและหนังสือพิมพ์ และ (3) การปรับตัวโดยการใช้กลไกการจัดการทางอารมณ์ ได้แก่ ใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดูรายการตลก ทำจิตใจให้สงบ การหยอกล้อกับคู่สมรส ท่องเที่ยว ศึกษาเรื่องธรรมชาติ การรู้จักปล่อยวาง มีการควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความต้องการทางเพศ หรือพยายามฝืนใจเพื่อตอบสนองทางเพศต่อคู่สมรส ซึ่งแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่า การจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ส่งผลต่อผลลัพธ์ในด้าน ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะทางด้านอารมณ์ สภาวะของอาการ ค่าใช้จ่าย การดูแลตนเอง อัตราการเสียชีวิต ความเจ็บป่วยและโรคร่วม และคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อการดำรงชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม ค่านิยม และวัฒนธรรม ในช่วงเวลานั้น ๆ ตามมาตรฐานของแต่ละคนที่กำหนดขึ้นมา โดยมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง และจุดมุ่งหมายของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1997) ซึ่งจะประกอบด้วยองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่า ภาพลักษณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เกี่ยวข้องกับความพอใจของรายได้ อาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความ เป็นอยู่และการดำเนินชีวิต (Zhan, 1992) โดยในแต่ละด้านจะมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของแต่ละบุคคล จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาของจาร์ส, สุนทรี, มาลินี, สุกัญญา, และ มาลี (2560) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธีต้องมารับการรักษาบ่อยครั้งและใช้ระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการทำงาน รายได้ และการเข้าสังคม ต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติในการนำส่งโรงพยาบาล ประกอบกับตัวของผู้ป่วยเองมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของอุทุมพร, นันทิยา, และดวงใจ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน

การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาในต่างประเทศ พบ การศึกษาของยาซิกิและคณะ (Yazici et al., 2009) ศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 85 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.49, p<.001$) และการศึกษาของซานโตสและคณะ (Santos et al., 2012) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงที่มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.32, p=.013$) สำหรับการศึกษาผู้ป่วยในประเทศไทย พบการศึกษาของอรรมนและคณะ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.22, p<.05$) นอกจากการศึกษาดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และคุณภาพชีวิต ยังพบการศึกษาบางการศึกษาที่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษาของอาซเวโดและคณะ (Azevedo et al., 2014) เกี่ยวกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีวิธีการจัดการกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าเพศหญิง เช่น การปรึกษากับทีมสุขภาพ การเข้ารับการรักษาเมื่อมีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น

จากงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และวิธีการจัดการอาการ เป็นการศึกษานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธีศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพียงอย่างเดียว และศึกษาเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยเพศชาย ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในประเทศไทยเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหญิงโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยเพศชาย สำหรับการศึกษาในต่างประเทศเป็นการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดไตทั้งสองวิธี แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดในการนำมาขยายผลการศึกษาในประเทศไทยเนื่องจากความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และระบบบริการสุขภาพ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ไม่ใช่บริบทของมุสลิม ซึ่งแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่า ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่ออาการ การจัดการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ

การบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งชนิดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อที่จะได้เห็นเกี่ยวกับระดับของความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่นำมาใช้ในบริบทของกลุ่มมุสลิม และระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมทั้งจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับใด
2. วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีวิธีอะไรบ้าง

3. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อยู่ระดับใด

4. การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดแบบจำลองของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด เป็นพลวัต ประกอบด้วย (1) การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ได้ว่าร่างกายเกิดความผิดปกติไปจากเดิมที่เป็นอยู่ โดยจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลและความผิดปกติที่เกิดขึ้น (2) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การประเมินลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของบุคคล ประกอบด้วย ความถี่ ความรุนแรง รวมไปถึงการประเมินผลกระทบที่มีต่อชีวิตของอาการที่เกิดขึ้น (3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลทางด้านจิตใจ ร่างกาย พฤติกรรม และสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ ซึ่งอาจมีการตอบสนองโดยมีการแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านก็ได้

2. วิธีจัดการอาการ (symptom management strategies) มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วย หรือให้เกิดขึ้นช้าที่สุด โดยมีวิธีการจัดการด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสุขภาพ หรืออาจมีการจัดการด้วยตัวเอง โดยมีการกำหนดเป้าหมายรูปแบบ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งต้องมีการกำหนดรูปแบบให้ชัดเจนว่าใช้กลวิธีในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อไหร่ (when) จัดการที่ไหน (where) ทำไมถึงจัดการ (why) จัดการโดยใคร (who) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการให้ใคร (to whom) และมีการจัดการอย่างไร (how) โดยที่รูปแบบดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถเปลี่ยนแปลงจนกว่าบุคคลจะมีความพอใจ ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับความต้องการ ระยะเวลา และการตอบสนองของแต่ละบุคคล

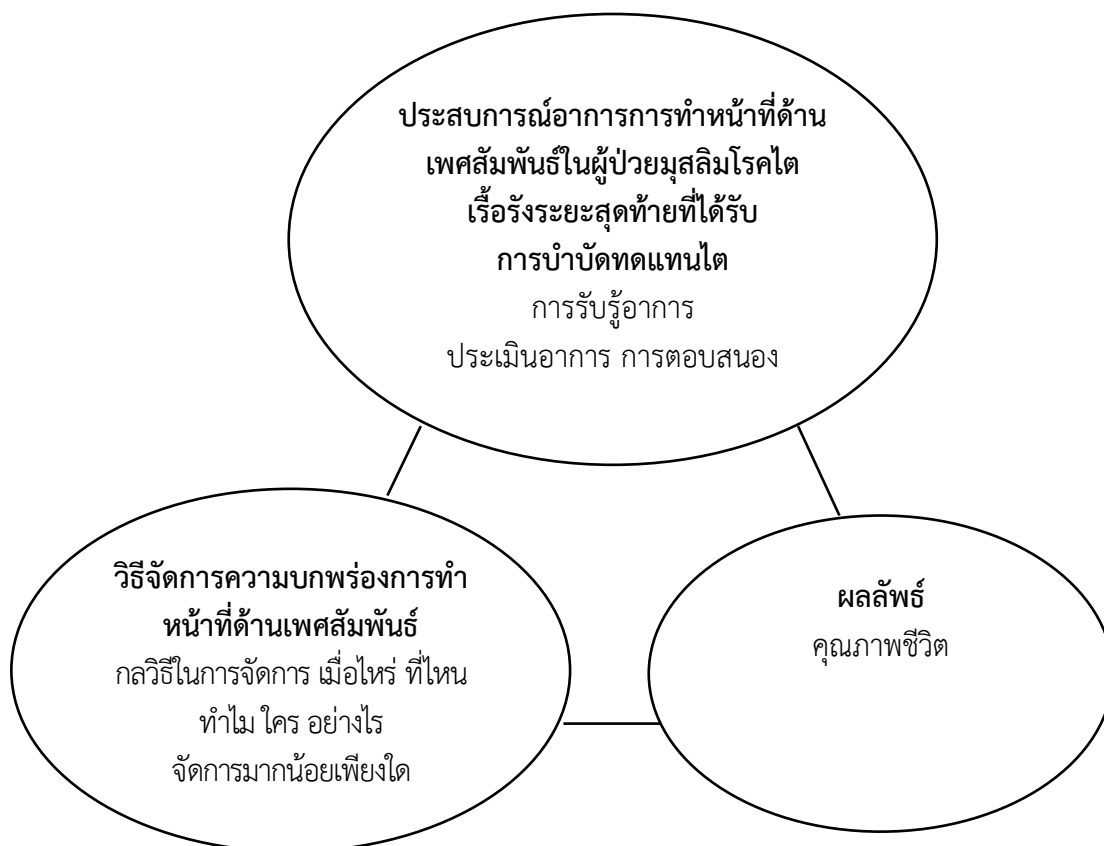
3. ผลลัพธ์ (outcome) เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการ ซึ่งสามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดผลลัพธ์ 8 ด้าน ได้แก่ (1) ภาวะการทำหน้าที่ (function status) (2) ภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status) (3) สภาวะของอาการ (symptom status) (4) ค่าใช้จ่าย (costs) (5) การดูแลตนเอง (self-care) (6) อัตราการเสียชีวิต (mortality) (7) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) และ (8) คุณภาพชีวิต (quality of life)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาตามแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย (1) การรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์ จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของบุคคล (2) การประเมินอาการ เป็นการประเมินอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลงไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ ไม่มีความคิดหรือจินตนาการในเรื่องเพศสัมพันธ์ องคชาติไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่ การหลั่งน้ำสุจิเร็วเกินไปหรือหลังเข้า ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดหรือมีน้อยมาก และเจ็บบริเวณอวัยวะเพศหรือช่องท้องส่วนล่างเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และ (3) การตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ และด้านพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

2. วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาถึงวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำงานที่ด้านเพศสัมพันธ์ด้วยตัวเองของผู้ป่วยโดยจะมีรูปแบบของวิธีการจัดการอาการประกอบด้วย กลวิธีในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อไหร่ (when) จัดการที่ไหน (where) ทำไมถึงจัดการ (why) จัดการโดยใคร (who) จัดการอย่างไร (how) และจัดการมากน้อยเพียงใด (how much) ซึ่งวิธีการจัดการที่ใช้นั้นอาจเกิดขึ้นจากวิธีการจัดการด้านบุคคล ด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงศึกษาประสิทธิภาพที่ได้ของวิธีการจัดการที่ผู้ป่วยนำมาปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดง (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ดัดแปลงจากดอตต์และคณะ (Dodd et al., 2001)

สมมติฐาน

การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

นิยามศัพท์

ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (Quality of Sexual Function Scale: QSF) ฉบับ

ภาษาไทยของนาริลักษณ์ (2556) โดยระดับคะแนนน้อย หมายถึง มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับรุนแรง ระดับคะแนนมาก หมายถึง ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ การประเมินอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ เป็นการประเมินอาการโดยรวมและแบ่งตามอาการของเพศชายและเพศหญิง และแบบประเมินการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ และด้านพฤติกรรม

วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตใช้เพื่อแก้ไขอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 16 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านบุคคล (2) ด้านสิ่งแวดล้อม และ (3) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ตามการกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลของแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มีการประเมินประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และองค์ประกอบในการจัดการอาการ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ (1) เหตุผลของการเลือกปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (2) ใครเข้ามาช่วยเหลือท่าน เมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (3) เวลาที่ปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และ (4) สถานที่ใช้ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่มีต่อการดำรงชีวิต ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม ค่านิยม และวัฒนธรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมา โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (Thai Health Related Quality of Life Dialysis: THAI-HRQOL-D) ของนพวรรณและคณะ (2555) โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตดีมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย คุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ

บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางหน้าช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมความสามารถในด้านการจัดการเกี่ยวกับอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในด้านของการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคไตระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 1.2 ระยะของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 อาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 2.1 หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 2.2 ข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - 2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
3. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 3.1 หลักการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 3.2 ข้อบ่งชี้ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
 - 3.3 ข้อห้ามในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
 - 3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
4. แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
 - 5.1 ความหมายและวงจรการตอบสนองของการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์
 - 5.2 ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และอาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
 - 5.3 หลักอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
 - 5.4 ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.5 แนวทางการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

- 5.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
- 6. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 6.1 ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต
 - 6.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 6.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต
 - 6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
- 7. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความหมายและสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างถาวร มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด มีพยาธิสภาพที่ไต อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) มีค่าน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร เกิดการสะสมของเสียจำนวนมาก (ซัชวาล, 2559a; ประเจษฎ์, 2555; วณิชชา, 2559)

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากโรคไตเรื้อรัง สาเหตุที่เกิดขึ้นจึงเป็นลักษณะเดียวกัน ดังนี้ (ซัชวาล, 2559a)

1. กรวยไตและหน่วยไตอักเสบ (chronic glomerulonephritis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 50
2. โรคหลอดเลือด เกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงไตตีบแคบ (renal artery stenosis) หรือเกิดจากหลอดเลือดขรุขระ จึงทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด (arteriosclerosis) ส่งผลให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ไปที่ละน้อย
3. การติดเชื้อ มีการอักเสบจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลให้มีการอักเสบของไตและกรวยไตอักเสบเรื้อรัง หรืออาจเกิดจากวัณโรคที่ไต
4. ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยที่ไต เช่น ภาวะกรดเกินเนื่องจากความบกพร่องของการขับถ่ายของไต (renal tubular acidosis) ทำให้เกิดการสูญเสียในการควบคุมเกลือแร่ กรดต่าง
5. ความผิดปกติที่เกิดจากการอุดตันระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ไตลงมาจนถึงท่อปัสสาวะ ซึ่งเกิดจากก้อนนิ่วหรือก้อนเนื้องอก
6. ความผิดปกติของไตตั้งแต่กำเนิดหรือจากกรรมพันธุ์ เช่น มีการพัฒนาของไตน้อยกว่าปกติตั้งแต่เกิด (congenital hypostatic kidney) และโรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease)
7. ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (metabolism) ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์
8. จากสาเหตุอื่น ๆ เช่น พยาธิสภาพที่ไตจากยาแก้ปวด (analgesic abuse nephropathy) การใช้ยาหรือสารเคมีเป็นระยะเวลานาน และใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มยาอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาลดความอ้วน หรือยาปฏิชีวนะที่มีผลต่อไต

ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรังแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะ (KDIGO, 2012)

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามระดับของ GFR (Walton, 2015)

ระยะ	คำนิยาม	GFR	แนวทางการดูแลรักษา
G1	มีภาวะอัตราการกรองของไตปกติหรือสูง	≥90 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	ให้การวินิจฉัยและการรักษา ปังจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด เพื่อลดความก้าวหน้าของโรค
G2	มีภาวะอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย	60-89 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	ชะลอความเสื่อมของไต
G3a	มีภาวะอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง	45-59 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	ชะลอความเสื่อมของไต ประเมินปังจัยเสี่ยงทางระบบหัวใจ ระวังการได้รับยาที่มีพิษต่อไตหรือภาวะน้ำเกิน
G3b	มีภาวะอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางถึงมาก	30-44 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	รายละเอียดเหมือน G3a เพิ่มเติมส่วนของการเฝ้าระวังและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดูแลให้ได้รับยาตามขนาดที่เหมาะสมกับการทำงานของไต ส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อประเมินและให้การรักษา
G4	มีภาวะอัตราการกรองของไตลดลงมาก	15-29 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	เริ่มให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต
G5	มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	<15 มล./นาที/ 1.73 ตร.เมตร	ให้การบำบัดทดแทนไต แนะนำการปลูกถ่ายไตถ้าไม่มีข้อห้ามการรักษา และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด

อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายหลายระบบ โดยจะมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งเกิดจากอัตราการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง เกิดการกระตุ้นการหลั่งเรนินแองจิโอเทนซิน (reninangiotensin) และแอลโดสเตอโรน (aldosterone) เพิ่มขึ้น ในขณะที่การหลั่งพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) ลดลง ทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น จึงทำให้หลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ไตขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตยิ่งสูง อาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวเพราะน้ำท่วมปอด และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้ (วณิชชา, 2559)

2. ระบบทางเดินหายใจ ภาวะยูรีเมียทำให้เกิดการสะสมของเสียในร่างกายมากขึ้น ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด ส่งผลให้เกิดอาการหายใจหอบลึก (hyperventilation) หายใจมีกลิ่นยูเรีย ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปอดอักเสบจากยูรีเมีย (uremia pneumonitis) เยื่อหุ้มปอดอักเสบจากยูรีเมีย (uremic pleuritis) และอาจเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) จากการติดเชื้อโดยระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากยูรีเมีย (วณิชชา, 2559)

3. ระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียส่งผลกระทบต่อทุกส่วนของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ แผลในปาก และกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ลำไส้ใหญ่ ร่วมกับมีเลือดออกและอาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเดิน คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยหายใจมีกลิ่นปัสสาวะ ทำให้การรับรู้รสชาติของอาหารเปลี่ยน และมีอาการสะอึก (ซัชวาล, 2559a)

4. ระบบประสาท ภาวะยูรีเมียส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการ ซึมลง ไม่มีสมาธิ ความตั้งใจลดลง การตัดสินใจไม่ดี มีอาการสับสน เพ้อ ชัก ไม่รู้สึกตัว หมดสติไม่รู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ประสาทหลอน ส่วนผลต่อระบบประสาทส่วนปลายทำให้มีอาการเสียวซ่าที่ในการรับรู้ความรู้สึกและการสั่งการ ความเร็วของการนำสัญญาณประสาทส่วนของแขนและขาช้าลง อาจทำให้มีอาการเจ็บแสบร้อนที่ปลายเท้า (restless leg syndrome) ถูกแล้วเจ็บ มีอาการของการขยับเท้าตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการชาตามมา เดินเท้าห่าง ทำให้การทรงตัวไม่ดี (ซัชวาล, 2559a; วณิชชา, 2559)

5. ระบบโลหิต มีภาวะซีด การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6 กรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นผลมาจากไตสร้างฮอริโธรพอยอีติน (erythropoietin) ลดลง ทำให้ไขกระดูกมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และการมีการสะสมของเสีย (uremia toxin) ในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้อายุของเม็ดเลือดแดงลดลง (อรุณศรี, 2556) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง ขาดความสนใจได้ (ประเจษฎ์, 2555)

6. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) จะถูกกดการทำงาน และจำนวนของลิมโฟไซต์ (lymphocyte) มีจำนวนลดลง ทำให้การทำงานน้อยลง การจับกินเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวลดลง (อรุณศรี, 2556)

7. ระบบผิวหนัง จะมีภาวะซีดเหลืองของผิวหนัง เกิดจากภาวะโลหิตจางและมีการคั่งค้างของสารสีเหลืองจากสารยูโรโครม (urochrome) ผิวหนังจะแห้งและมีการตกสะเก็ดมีขุยขาว มีอาการคันตามผิวหนัง มักเกิดอาการคันบริเวณทั่วไปและมีอาการคันเป็นพักๆ ซึ่งเกิดจากต่อมเหงื่อฝ่อลีบลงร่วมกับการขาดน้ำและต่อมน้ำมันทำงานน้อยลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อเกิดขึ้น และมีเกล็ดยูเรียคั่ง (uremic frost) ที่เกิดจากการจับตัวของแคลเซียมฟอสเฟตเกาะอยู่ที่ผิวหนังมาก จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย นอกจากนี้อาจพบผิวหนังมีลักษณะเขียวช้ำง่าย มีจุดหรือรอยเลือดออกมา เกิดจากการเปราะแตกง่ายของหลอดเลือด และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (วณิชชา, 2559)

8. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ภาวะยูรีเมีย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บปวดข้อกระดูก กระดูกพรุน เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตมีการสูญเสีย ทำให้การสังเคราะห์ 1,25 ไดไฮดรอกซีวิตามินดี (1,25-(OH)₂ vitamin D) ลดลง มีผลให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ กระตุ้นให้ฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีการหลั่งมากขึ้น ทำให้กระดูกมีพังผืดเหนียวเกิดขึ้น (osteitis fibrosa) นอกจากนี้ทำให้ฟอสเฟตไม่สามารถขับออกทางปัสสาวะได้หรือออกได้น้อย ส่งผลให้เกิดการคั่งในเลือดมาก ร่วมกับระดับที่เพิ่มขึ้นของแคลเซียมรวมตัวกันเป็นแคลเซียมฟอสเฟต โดยจะไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดภาวะกระดูกแข็งผิดปกติ (osteosclerosis) หรืออาจจะทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำบากในการลุกเดิน (ชัชวาล, 2559a)

9. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศชายพบมีระดับ ฟรีเทสโทสเตอโรน (free testosterone) ไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (dihydrotestosterone) และแอนโดรเจน (androgen) ลดลง จึงทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ในขณะที่เพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของลูทีไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hormone: LH) และฟอลลิเคิลสติมูเลติงฮอร์โมน (follicle stimulating hormone: FSH) ร่วมกับมีระดับของเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ทำให้ประจำเดือนผิดปกติ ไม่มีประจำเดือน เป็นหมัน ความรู้สึกทางเพศลดลง (วิวัฒน์และเถลิงศักดิ์, 2558; อรุณศรี, 2556)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นกระบวนการนำเลือดของผู้ป่วยที่ประกอบด้วยน้ำ และสารละลาย เช่น ยูเรีย ครีอะตินิน มาผ่านตัวกรอง (hemodialyzer) โดยมีเยื่อเลือกผ่าน

(semipermeable membrane) มีลักษณะเป็นรูเล็ก ๆ จำนวนมากเป็นตัวกั้น ทำหน้าที่ให้สารละลาย (solute) ที่มีขนาดเล็กซึมผ่าน แต่ไม่ยอมให้สารละลายที่มีโมเลกุลขนาดใหญ่ซึมผ่าน (วณิชชา, 2559) การเคลื่อนที่ของสารละลายนี้อาศัยกลไกหลัก 2 ประการ คือ การซึม (diffusion) และการพา (convection) (ซัชวาล, 2559a; วณิชชา, 2559) โดยนำเลือดที่ผ่านการฟอกแล้วกลับคืนเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานประมาณครั้งละ 4-5 ชั่วโมง (กันตพร, 2559; National Kidney Foundation, 2015)

ข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์ทั่วไปในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้ (ซัชวาล, 2559a; วณิชชา, 2559)

1. มีระดับของ ครีเอตินิน (creatinine) มากกว่า 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับของยูเรียไนโตรเจนในเลือด (BUN) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ภาวะน้ำเกินหรือภาวะน้ำท่วมปอด ที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ
3. ภาวะความดันโลหิตสูง (malignant hypertension) ที่ไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิต
4. ภาวะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดจากภาวะยูรีเมีย (progressive uremic encephalopathy) ที่มีความรุนแรง เช่น สับสน (confusion) มือสั่น (asterixis) กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus) ข้อมเท้าตก (foot drop) หรือ ชัก (seizure)
5. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากภาวะจากยูรีเมีย (uremia) ทำให้การทำงานของเกร็ดเลือดผิดปกติ
6. ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากยูรีเมีย (uremic pericarditis)
7. ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนอย่างต่อเนื่องจากภาวะยูรีเมีย
8. ในผู้ป่วยบางรายที่อายุรแพทย์โรคไตตรวจพบอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีสมาธิหรือการทำหน้าที่ของการรับรู้ (cognitive function) ลดลง ซีดมากโดยไม่ตอบสนองต่ออีริโทรพอยอีติน (erythropoietin) คันตามตัว หรือมีอาการแสบร้อนที่ปลายเท้า (restless leg syndrome) ไม่ดีขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม

แม้ว่าการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมจะมีประสิทธิภาพสูง และสามารถขจัดของเสียได้จำนวนมาก แต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1. ภาวะโลหิตจาง อาการที่พบ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สมาธิสั้น ความต้องการทางเพศลดลง หนาวง่าย เบื่ออาหาร และอาจมีหัวใจวาย สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากการสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยอีติน (erythropoietin) ลดลง มีสารพิษที่ยังกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกตัวง่าย (hemolysis) นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่มีการสูญเสียเลือดในกระบวนการฟอกเลือด และการขาดธาตุเหล็ก (ซัชวาล, 2559a) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีภาวะซีด โดยมีระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) น้อยกว่า 11 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ทัศนีย์วรรณและสายพิณ, 2557)

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความผิดปกติเกิดขึ้นกับทุกส่วนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ โดยมีสาเหตุมาจาก การรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจล้มเหลว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (วณิชชา, 2559) จากการศึกษาพบว่า โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49 (Vaičiniene, Kuzminskis, Žiginskienė, & Petruilienė, 2010)

3. การเปลี่ยนแปลงของกระดูก มีการเสื่อมของกระดูก ผู้ป่วยมีระดับของพาราไทรอยด์สูง ทำให้มีการดึงแคลเซียมออกจากกระดูก มีการสะสมแคลเซียมฟอสเฟตที่ผิวหนัง ข้อต่อ ส่งผลให้เกิดอาการปวดตามข้อ และความผิดปกติของกระดูกเกิดจากการได้รับอะลูมิเนียมเพื่อพยายามลดระดับของฟอสเฟตทำให้เกิดการสะสมอะลูมิเนียมในกระแสเลือด ซึ่งในรายที่เกิดจากพิษของอะลูมิเนียมอาการปวดจะรุนแรงกว่า (ซัชวาล, 2559a; วณิชชา, 2559) จากการศึกษาพบว่า อาการที่ผู้ป่วยรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรับรู้ว่าเป็นภาวะมากที่สุดคืออาการปวดบริเวณกระดูก (ทัศนีย์วรรณและสายพิณ, 2557) ส่วนในเรื่องของประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 56 มีอาการปวดบริเวณกระดูก (Delmas et al., 2018)

4. ภาวะทุพโภชนาการ สาเหตุที่พบบ่อยในช่วงแรก ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวได้จากการจำกัดอาหารในช่วงก่อนฟอกเลือดหรือผู้ป่วยยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สูญเสียโปรตีนในขณะที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากการจำกัดอาหารรสเค็ม จำกัดน้ำ เบื่ออาหารทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือมีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (ซัชวาล, 2559a) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารภายหลัง

จากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรวรรณ, อรวมน, และรัตนา, 2554) ร้อยละ 45 จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 20 ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ และร้อยละ 15 มีอาการอาเจียน (Delmas et al., 2018)

5. ระบบประสาทเกิดความผิดปกติ อาจเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย อาการที่พบบ่อย คือ อ่อนเพลีย ชาตามระบบประสาทส่วนปลาย เช่น ชาปลายมือปลายเท้า ซึ่ม ไม่มีแรง เกิดสมองเสื่อม หรือความรู้สึกทางเพศลดลง (ชัชวาล, 2559a) จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติทางระบบประสาทเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Cao, Tian, & Lin, 2017) ร้อยละ 34 จะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแสบร้อนที่ปลายเท้า (restless legs) (Yu, Huang, & Tsai, 2012)

6. การติดเชื้อ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง พบประมาณร้อยละ 20 ของการตายในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากการติดเชื้ออวัยวะของหลอดเลือด การติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยอาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (ชัชวาล, 2559a; วณิชชา, 2559)

7. ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางเพศลดลง มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยและคู่สมรส อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ต่อการรักษา มีภาวะซึมเศร้า และหมดหวังในชีวิตได้ (ชัชวาล, 2559a) ผู้ป่วยมักมีประสิทธิภาพทางเพศลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีโปรแลคตินเพิ่มขึ้น เทสโทสเทอโรนลดลง ในเพศหญิงพบว่าไม่มีประจำเดือน และจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศไม่เพียงพอและจากฤทธิ์ของยาความดันโลหิตบางชนิด (วณิชชา, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอาการเหนื่อย เครียด กังวลเกี่ยวกับการรักษาจนกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ มีความท้อแท้อาการของโรคที่เป็นและเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับทำให้มีปัญหาเรื่องอวัยวะเพศไม่ค่อยแข็งตัว มีการแข็งตัวช้า และความต้องการทางเพศลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักได้ตามต้องการ (ชัชวาล, 2559c) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 84 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (ณัญญา, อรวมน, ศศิมา, และนพพร, 2558) และพบว่าในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ ร้อยละ 89.7 (Kurtulus, Salman, Fazlioglu, & Fazlioglu, 2017)

8. ปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วย การได้รับแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิด และครอบครัว และการดำเนินของโรค ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยที่ภาวะซึมเศร้า พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียหลายอย่างในชีวิต ตกงาน ขาดรายได้ ความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งอาจแสดงออกมาใน

ระบบต่าง ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก (วณิชา, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 46 มีปัญหาซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคและผลการรักษา ไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพได้ ต้องลาออกจากงานเนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งการเดินทางเพื่อมารับการรักษา ทำให้รายได้ไม่เพียงพอ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ณัฐยาและคณะ, 2558)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

หลักการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นการขจัดของเสียในเลือดออกจากร่างกายโดยใช้เยื่อช่องท้อง (peritoneal membrane) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับเยื่อกรองของไต การใช้น้ำยา (peritoneal fluid) ที่มีคุณสมบัติคล้ายเลือดใสเข้าไปในช่องท้อง (peritoneal cavity) โดยที่ของเสียที่อยู่ในเลือดจะแพร่กระจายเข้าไปในน้ำยา น้ำที่เป็นส่วนเกินในเลือดจะถูกดูดออกโดยวิธีออสโมซิส (osmosis) ซึ่งจะมีสายล้างไตทางช่องท้อง (tenckhoff catheter) เป็นท่อที่ทำด้วยซิลิโคนสามารถอยู่ในร่างกายได้นาน ทำให้สามารถทำการล้างช่องท้องได้อย่างถาวรและต่อเนื่อง (อุษณา, 2555) ซึ่งการล้างไตด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ตามปกติ แม้ในขณะที่มีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เพราะจะใช้เพียงถุงน้ำยาล้างไต โดยการยกถุงน้ำยาล้างไตขึ้นไปยังระดับไหล่ เพื่อให้เกิดแรงโน้มถ่วงที่จะทำให้สามารถดึงของเหลวเข้าไปในช่องท้อง การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ควรได้รับการเปลี่ยนน้ำยาโดยเฉลี่ย 3-5 ครั้งต่อวัน ใช้น้ำยาประมาณ 2 ลิตร (National Kidney Foundation, 2017) เป็นการใส่น้ำยาในช่องท้องแล้วปล่อยค้างไว้ประมาณ 6 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติได้เองที่บ้านโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล (กันตพร, 2559)

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีข้อบ่งชี้ประกอบการพิจารณา ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557)

1. ผู้ป่วยมีค่าของการกรองของไต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากไตเสื่อมชั่วคราว

2. ผู้ป่วยไตในระยะสุดท้าย และมีค่าของการกรองไตมากกว่า 6 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง ไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

2.1 เกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากสาเหตุภาวะน้ำเกินและเกลือแร่เกินในร่างกาย

2.2 มีภาวะเลือดเป็นกรด ระดับของโปแตสเซียมหรือฟอสเฟตในเลือดสูง

2.3 มีอาการชักกระตุก หรือระดับความรู้สึกลดตัวลดลงสาเหตุเกิดจากภาวะยูรีเมีย

2.4 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหรือเยื่อหุ้มปอดอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

2.5 น้ำหนักลด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือภาวะทุพโภชนาการ

ข้อห้ามในการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถล้างไตทางช่องท้อง มีดังนี้

(ซ์ซวาล, 2559a)

1. ข้อห้ามสัมบูรณ์ (absolute contraindication) ได้แก่ มีการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น การติดเชื้อที่เกิดจากภาวะลำไส้ขาดเลือด ภาวะลำไส้อุดตัน หรือไส้ติ่งอักเสบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อที่เกิดจากการทะลุของผนังลำไส้และการติดเชื้อรา อาจส่งผลให้การติดเชื้อกระจายไปทั่วซึ่งเป็นเชื้อที่รุนแรง

2. ข้อห้ามสัมพัทธ์ (relative contraindication) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เพิ่งผ่าตัดช่องท้องหรือช่องอก ผู้ป่วยที่มีรูติดต่อระหว่างช่องท้องกับช่องอก ผู้ป่วยที่มีระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงในระดับที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต มีอัตราแคแทบอลิซึม (catabolism) สูงมาก มีการติดเชื้อที่ผนังหน้าท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับยาเกินขนาด และผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 วัณโรคช่องท้อง (tuberculous peritonitis) ในการติดเชื้อวัณโรคช่องท้องผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมหรือผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตที่ปกติ ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากภูมิคุ้มกันที่ลดลง ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (Quantrill, Woodhead, Bell, Hutchison, & Gokal, 2001)

1.2 เยื่อช่องท้องอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial peritonitis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็น 1 รายต่อปี และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อาการที่พบทั่วไป ได้แก่ อาการปวดท้อง มีไข้ สำหรับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน คือ การให้ยาปฏิชีวนะทางช่องท้องโดยที่การล้างไตยังคงทำควบคู่กัน (Stuart et al., 2009) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องพบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.5 และร้อยละ 70.73 คือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (สุธาสนี, 2554) และจากการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วย 256 ราย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มีจำนวน 131 ครั้ง พบว่ามีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และจำนวน 67 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ต้องมีการถอดสายสวนล้างไตทางช่องท้อง (Ram et al., 2014)

1.3 การติดเชื้อทางออกของสายสวนและอุโมงค์สายสวน (catheter exit-site and tunnel infections) ประมาณร้อยละ 39 ของการถอดสายสวนล้างไตทางช่องท้องออกจะเกี่ยวข้องกับมีการอักเสบติดเชื้อบริเวณของสายสวนและอุโมงค์สายสวนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ โดยพบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลักษณะของสาย การผ่าตัดวางสาย และคุณภาพในการดูแลสาย ซึ่งการติดเชื้อบริเวณสายออกสายสวนจะมีลักษณะทางคลินิก คือ มีผื่นแดงเกิดขึ้น กดเจ็บ และมีหนองออกมาบริเวณรอบ ๆ ทางออกของสายสวน การให้ยาปฏิชีวนะเป็นการรักษาที่ได้รับส่วนการติดเชื้อบริเวณอุโมงค์สายสวน บางครั้งไม่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิก เนื่องจากเกิดขึ้นบริเวณชั้นใต้ผิวหนังตามรอยสายสวน อาจมีอาการแสดง ได้แก่ มีผื่นแดง และกดเจ็บ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อบริเวณทางออกของสายสวน (Stuart et al., 2009) จากการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 224 ราย มีผู้ป่วยติดเชื้อแผลช่องทางออก คิดเป็นร้อยละ 11.6 (สุธาสนี, 2554)

1.4 กลไกการทำงานของสายสวนผิดปกติ ได้แก่ ตำแหน่งที่ตั้งของสายสวนไม่เหมาะสมหรือมีความผิดปกติของสายสวน เช่น การหักงอของสายสวน ซึ่งจะไปขัดขวางการล้างไต ทำให้การไหลของน้ำยาล้างไตไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดการสะสมในช่องท้อง (Stuart et al., 2009)

1.5 ภาชนะน้ำยามีการรั่วซึม (dialysate leakage) เป็นการสูญเสียน้ำยาล้างไตในโพรงเยื่อช่องท้อง ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจากการฉีกขาดหรือมีการแตกของเยื่อช่องท้อง น้ำยาล้างไตที่รั่วซึมออกมาจะมีผลทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาการแสดงทางคลินิกที่เกิดขึ้น ได้แก่

น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม มีภาวะลิ่มเลือดเกี่ยวกับการกรองของไต ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการรั่วของน้ำยา เช่น เทคนิคของการใส่สายสวน การออกแบบของสายสวน และสภาพของผนังหน้าท้อง (Stuart et al., 2009)

1.6 ภาวะไส้เลื่อน (hernias) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง จะพบอยู่บริเวณสะดือที่ติดกับสายสวน และบริเวณร่องขาหนีบ ซึ่งเกิดขึ้นจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในช่องท้อง และการใส่สายสวนที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายขึ้น จะพบได้ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease) (Stuart et al., 2009)

1.7 อาการอ่อนล้า (fatigue) การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทำให้เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ และมีการสูญเสียโปรตีนและกรดอะมิโนทางน้ำยาล้างไต หากได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าได้ (ดวงรัตน์, 2553)

1.8 ระบบเผาผลาญมีความผิดปกติ การดูดซึมของน้ำยาล้างไตที่มีคลอโคสเป็นองค์ประกอบในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดที่สูง และยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียของอัลบูมินทำให้อัลบูมินในเลือดต่ำ (Lo, 2016)

1.9 ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งการมีสายสวนล้างไตอยู่บริเวณหน้าท้อง และภาวะที่ผู้ป่วยมีน้ำยาล้างไตอยู่ในช่องท้องทำให้ท้องโต ทำให้ตัวเองเป็นคนไม่มีเสน่ห์ ไม่น่ามอง ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลง (ประพัฒน์สินีและคณะ, 2558; Lai et al., 2007; Tannor et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัญหาที่พบมาก ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง ไม่มีความต้องการทางเพศ และอวัยวะเพศชายมีการแข็งตัวยาก (สุภรและคณะ, 2549) และยังพบว่า ร้อยละ 77.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ระบุว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง บางคนไม่มีเพศสัมพันธ์เลยหลังจากมีการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยความรู้สึกทางเพศที่ลดลง การแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย และมีความรู้สึกกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะกระทบต่อแผลบริเวณหน้าท้องเป็นสาเหตุสำคัญ (พัชรภรณ์และคณะ, 2560)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ต้องทำกิจกรรมเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่อ่อนล้า ทำให้มีการกระตุ้นผู้ป่วยจนเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริอร, รสสุคนธ์, และอรวมน, 2554) จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (อรวมนและคณะ, 2560) และพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.3 (Lin et al., 2011)

แบบจำลองการจัดการอาการของดอตต์และคณะ

แบบจำลองการจัดการอาการมีการพัฒนามาจากงานวิจัย และการปฏิบัติงานทางคลินิกของกลุ่มนักวิชาการในมหาวิทยาลัยเคิลฟอ์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต่อมาดอตต์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ปรับปรุงพัฒนาแบบจำลองนี้ใหม่ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่า ประสบการณ์ของการมีอาการตั้งแต่อาการที่เล็กน้อยจนถึงอาการที่รุนแรง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ การมีอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม โดยที่การจัดการอาการมักจะกลายเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองและสมาชิกภายในครอบครัว และพบว่าการรักษาตามแนวคิดของแพทย์ เป็นการรักษาที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ การควบคุมอาการไม่สามารถทำได้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

แบบจำลองการจัดการอาการมีข้อตกลงเบื้องต้น 6 ข้อ ดังนี้ (Dodd et al., 2001)

1. ประสบการณ์อาการเป็นการรายงานอาการด้วยตัวเอง และเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล
2. อาการอาจยังไม่เกิด บุคคลจะมีประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และแนวคิดการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้
3. บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ เนื่องจากอิทธิพลของบริบท ได้แก่ งานที่เป็นอันตราย วิธีการจัดการอาการอาจเริ่มขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีประสบการณ์อาการ
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ทารก ผู้ที่มีปัญหาด้านการพูด อาจมีประสบการณ์อาการ และแปลความหมายโดยพ่อแม่หรือผู้ดูแล ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่สามารถเชื่อถือได้ และอาการรบกวนที่เกิดขึ้นทั้งหมดจำเป็นต้องได้รับการจัดการ
5. กลวิธีการจัดการอาจมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำงาน
6. การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านการพยาบาลของบุคคล สุขภาพ ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดแบบจำลองของดอตต์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์หลัก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย โดยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด เป็นพลวัต ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึงการที่บุคคลมีการรับรู้ได้ว่าร่างกายเกิดความผิดปกติขึ้นจากเดิม โดยจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลและความผิดปกติที่เกิดขึ้น และบุคคลสามารถรายงานอาการที่เกิดขึ้นได้

1.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินความผิดปกติของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิด รวมไปถึงการประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึงการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ ซึ่งอาจมีการตอบสนองโดยมีการแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านก็ได้ (ภาพ 2)

2. วิธีจัดการอาการ (symptom management strategies) มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วย หรือให้เกิดขึ้นช้าที่สุด โดยมีวิธีการจัดการด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น จากแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสุขภาพ หรืออาจมีการจัดการด้วยตัวเอง ซึ่งเริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนว่าใช้กลวิธีการอะไรในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อไหร่ (when) จัดการที่ไหน (where) ทำไมถึงจัดการ (why) จัดการโดยใคร (who) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการให้ใคร (to whom) และมีการจัดการอย่างไร (how) โดยที่กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถมีการเปลี่ยนแปลงจนกว่าบุคคลจะมีความพอใจ ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับความต้องการ ระยะเวลา และการตอบสนองของแต่ละบุคคล (ภาพ 2)

3. ผลลัพธ์ (outcome) เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการ ซึ่งสามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดผลลัพธ์ 8 ด้าน ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ (function status) ภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status) สภาวะของอาการ (symptom status) ค่าใช้จ่าย (costs) การดูแลตนเอง (self-care) อัตราการเสียชีวิต (mortality) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) และคุณภาพชีวิต (quality of life) โดยที่ผลลัพธ์ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์อาการ ระยะเวลาในการประเมินอาการขึ้นอยู่ความต้องการและผลของการรักษา เมื่อบุคคลตัดสินใจเลือกวิธีจัดการอาการไม่ให้อาการกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้น ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกัน (ภาพ 2)

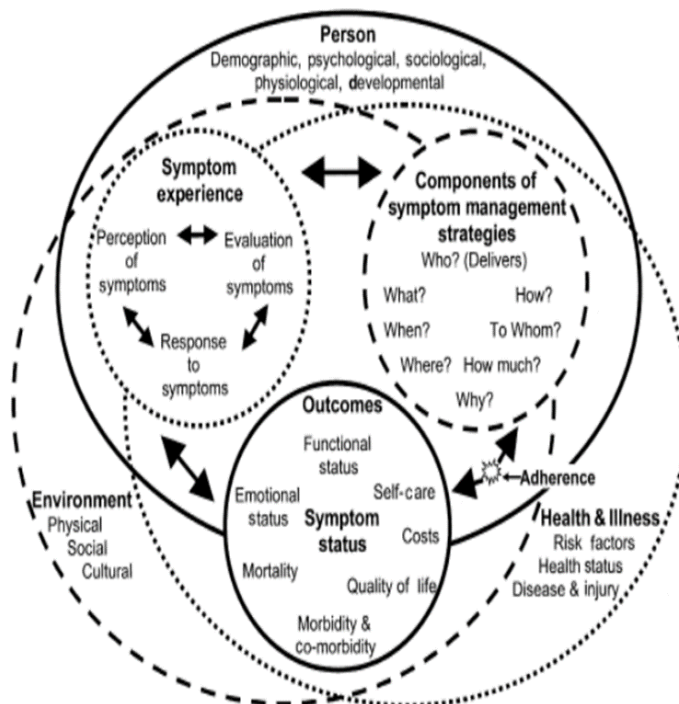
นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้คำนึงเกี่ยวกับมิติศาสตร์ทางศาสตร์การพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมิติศาสตร์หลักทั้ง 3 มิติศาสตร์ ดังนี้ (1) ประสบการณ์อาการ (2) วิธีการจัดการอาการ และ (3) ผลลัพธ์ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person) ประกอบด้วย (1) ลักษณะส่วนบุคคล (demographic) เช่น อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา (2) ด้านจิตใจ (psychological) เช่น ประสบการณ์ในอดีต นิสัย บุคลิกภาพ แรงจูงใจ (3) ด้านสังคม (sociological) เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว วัฒนธรรม หน้าที่การงาน (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) เช่น ความสามารถทางกาย และ (5) ด้านพัฒนาการ (developmental) เช่น ภาวะการณ์การตั้งครรภ์ ภัยหมดประจำเดือน ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลมีมุมมองและการตอบสนองในแต่ละประสบการณ์ที่ต่างกันไป

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ โรคที่เป็น และการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ โดยมีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วย (1) สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ (physical environment) เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ บ้าน ที่ทำงาน (2) สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม (social environment) เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (3) สิ่งแวดล้อมทางด้านวัฒนธรรม (cultural environment) เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น (ภาพ 2)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะมโนทัศน์หลัก ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ ส่วนปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยนำมาใช้ในการอธิบายมโนทัศน์หลัก



ภาพ 2. แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)
(ที่มา: Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys et al, 2001)

แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความหมายและวงจรการตอบสนองของการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

ความหมายของการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (sexual function) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศ โดยไม่เกิดปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ (สุวทนา, 2550) ซึ่งภาวะทางเพศที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น การทำหน้าที่ทางเพศปกติและความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (sexual dysfunction)

วงจรการตอบสนองการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

โดยทั่วไปการตอบสนองทางเพศของเพศหญิงและเพศชายจะคล้ายกัน แต่ระยะเวลาการตอบสนองจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัย ประสบการณ์ การฝึกฝนจนเป็นนิสัย สภาพทางอารมณ์ จิตใจ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสุขภาพทางร่างกาย ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศจะ

ทำให้มีความต้องการทางเพศเกิดขึ้น และมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 2 ประการ คือ (1) เลือดดำมีการคั่งทั่วร่างกาย โดยเฉพาะที่บริเวณอวัยวะเพศ และ (2) กล้ามเนื้ออวัยวะเพศและบริเวณกล้ามเนื้อใกล้เคียงมีการบีบตัวเป็นจังหวะ (สุมาลี, 2555) โดยกระบวนการทั้งสองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งเพศชายและเพศหญิงเมื่อมีอาการตอบสนองทางเพศและมีเพศสัมพันธ์เป็นลำดับ ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะกระตุ้น หรือระยะการตื่นตัวทางเพศ (excitement phase)

เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกทางเพศ เกิดขึ้นจากการกระตุ้นด้วยการสัมผัส กลิ่น เสียง รูป รส หรือความคิดฝัน ซึ่งร่างกายโดยทั่วไปจะเกิดความเครียด เห็นได้จากหลอดเลือดดำมีการคั่ง และกล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวลดลง มีการหายใจถี่แรง การเต้นของหัวใจและความดันเลือดเพิ่มขึ้น ฝ่ายชายเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศไม่ว่าด้วยวิธีการใด ๆ องคชาตจะมีการขยายใหญ่และตั้งแข็ง เนื่องจากมีการคั่งของเลือดดำภายในองคชาต ทำให้ผิวหนังที่หุ้มอวัยวะจะหนาขึ้น และอวัยวะจะเคลื่อนสูงกว่าระดับปกติ เนื่องจากมีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ยึดอยู่ สำหรับฝ่ายหญิงถ้ามีการกระตุ้นทางเพศเพียง 10-30 วินาที มักจะมีน้ำเมือกใสๆ ซึมออกมาตามผนังช่องคลอดเป็นเม็ดๆ คล้ายเหงื่อ ซึ่งจะช่วยให้การหล่อลื่นช่องคลอด เพื่อเตรียมการสอดใส่ขององคชาต มีสภาพเป็นต่างอ่อนๆ เพื่อลดสภาพความเป็นกรดตามปกติภายในช่องคลอดให้เป็นกลางที่จะช่วยให้สpermiumมีชีวิตอยู่ได้

ในระยหานี้จะทำให้ปมกระสันขยายตัวใหญ่ขึ้น ยาวขึ้น และตั้งขึ้น เพราะมีการคั่งของเลือดดำ นอกจากนี้แคมใหญ่ในผู้หญิงที่ยังไม่เคยมีบุตรจะบางและแบนราบไปตามหัวหน่าว ส่วนในผู้หญิงที่เคยมีบุตรจะมีปฏิกิริยาตรงกันข้าม คือจะมีเลือดมาคั่งมาก และจะทำให้พองนูนขยายตัวขึ้นมา มีขนาดใหญ่กว่าเดิม 2-3 เท่าตัว นอกจากนี้ในส่วนของแคมเล็กในผู้หญิงที่ไม่เคยมีบุตร แคมเล็กจะกลายเป็นสีชมพู ส่วนในผู้หญิงที่เคยมีบุตรแล้วจะมีสีแดงเข้ม และขนาดของแคมเล็กจะมีการขยายใหญ่ขึ้น รวมทั้งช่องคลอด 2 ใน 3 ส่วนทางด้านในของช่องคลอดจะขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มดลูกยกตัวสูงขึ้นพร้อมกับมีเลือดมาคั่งบริเวณผนังช่องคลอดมากขึ้น และเต้านมจะขยายใหญ่ขึ้น หัวนมจะตั้งขึ้น ซึ่งในระยหานี้อาจใช้เวลาตั้งแต่เป็นนาทีจนถึงชั่วโมง (สุมาลี, 2555)

2. ระยะเสี้ยว (plateau phase)

ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30 วินาทีถึง 3 นาที เป็นการมีเพศสัมพันธ์อย่างปกติ โดยเริ่มตั้งแต่ฝ่ายชายสอดใส่องคชาตเข้าไปในช่องคลอดของฝ่ายหญิง และมีการเสียดสีระหว่างองคชาตกับช่องคลอด ซึ่งเป็นระยะการตื่นตัวของเพศหญิงอยู่ในระดับสูงสุดจนใกล้ถึงจุดสุดยอด และการคั่งของเลือดดำใกล้จะถึงขีดสุด กล้ามเนื้อจะเกร็งตัวมาก และในระยหานี้องคชาตจะขยายตัวเต็มที่ กล้ามเนื้อบริเวณอวัยวะและกล้ามเนื้อที่ยึดอวัยวะมีการหดตัว มีการยกสูงขึ้นของพองอวัยวะ ระยะเวลานี้อาจมีน้ำเมือก 2-3 หยดไหลออกมาจากต่อมขับน้ำเมือก ซึ่งอาจมีตัวอสุจิปนออกมาด้วย

สำหรับฝ่ายหญิงน้ำเมือกจะหลั่งออกมาจากผนังช่องคลอดและต่อน้ำเมือกมากกว่าในระยะกระตุ้น เพื่อช่วยในการเลื่อนเข้าออกขององคชาติในช่องคลอดเป็นไปได้ดีขึ้น

ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เด่นชัดที่สุดในระยะนี้คือ ผิวน้ำ โดยเฉพาะผู้หญิง ที่มีผิวขาว ผิวน้ำจะกลายเป็นสีชมพู เป็นจุด ๆ เรียกว่าเซ็กซ์ชวลฟลัช (sexual flush) โดยมักจะเกิดขึ้น บริเวณหน้าท้อง แล้วค่อยแผ่ไปที่บริเวณเต้านม ออก คอ บริเวณใบหน้า และไปที่แขน ต้นขา หรือก้น ลักษณะของผิวน้ำมีลักษณะคล้ายเด็กที่เป็นหัด ในระยะนี้จะทำให้ปมกระสันที่ขยายตัวใหญ่ขึ้นและยาวขึ้น ในระยะกระตุ้นนั้นจะถูกดึงถอนหายเข้าไปในผนังหุ้ม (ซึ่งเป็นส่วนของแคมเล็กที่พองตัวหนาขึ้นมา) จนทำให้ไม่เห็นปมกระสันในระยะนี้ ส่วนแคมใหญ่ในผู้หญิงที่ไม่เคยมีบุตรจะแบนราบติด หัวหน่าวจนแทบมองไม่เห็น ตรงข้ามกับหญิงที่เคยมีบุตรแล้ว แคมใหญ่จะขยายใหญ่และบวมขึ้นมาก จนมองเห็นไม่ชัด ส่วนแคมเล็กในหญิงที่ไม่เคยมีบุตรจะเข้มจนเป็นสีแดงสด ส่วนผู้หญิงที่เคยมีบุตร แล้วสีของแคมเล็กจะยิ่งแดงจัดจนเป็นสีแดงคล้ำ โดยปฏิกิริยานี้ถือเป็นเอกลักษณ์ว่าได้ล่วงเข้าสู่ระยะที่ 2 แล้ว และถ้ามีการกระตุ้นต่อไปจะบรรลุโอกาสซิมได้ภายใน 3 นาที (สุมาลี, 2555)

3. ระยะออร์กาสมิก หรือจุดสุดยอด (orgasmic phase)

ระยะนี้ใช้ระยะเวลาเพียงแค่ 3-15 วินาทีเท่านั้น ซึ่งระยะนี้ทำให้เกิดความสุขมากที่สุด ชีพจรจะเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นประมาณ 10-40 มิลลิเมตรปรอท (Sharma & Kumar, 2016) ระยะนี้ฝ่ายชายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่มีความรู้สึกที่ไม่สามารถที่จะกลั้นน้ำกามไว้ได้ จะเกิดขึ้นประมาณ 4 วินาที โดยในระยะนี้ฝ่ายชายจะมีการส่งเสียงออกมา (2) ระยะที่มีการหลั่งน้ำกาม เนื่องจากกล้ามเนื้อของท่อปัสสาวะที่อยู่ในองคชาติมีการหดตัวเป็นจังหวะ ประมาณ 3-7 ครั้ง ในแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 0.8 วินาที อสุจิจะพุ่งออกมา มีการสั่นของร่างกายเกิดขึ้น โดยที่ความรุนแรงของการพุงนั้นขึ้นอยู่กับอายุ

สำหรับผู้หญิงผิวน้ำสีชมพูที่เกิดขึ้นตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในระยะเสียวจะมีลักษณะของสีเข้มขึ้น เด่นชัดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะออร์กาสมิก โดยที่ปมกระสันและแคมใหญ่จะมีสภาพเหมือนกับระยะเสียว แคมเล็กที่อยู่ชิดกับช่องคลอดจะมีการบีบรัดตัวเป็นจังหวะไปพร้อมกับผนังช่องคลอดและกล้ามเนื้อของฝีเย็บ ทำให้ช่องคลอด 1 ใน 3 ส่วนของด้านนอกจะมีการบีบรัดตัวเป็นจังหวะ ประมาณ 3-15 ครั้ง โดยห่างกันประมาณ 0.8 วินาที ทั้งนี้การหดตัวจะเกิดขึ้นประมาณ 3-12 ครั้ง จากนั้นก็จะหยุดไป (สุมาลี, 2555)

4. ระยะคืนกลับ (resolution phase)

เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนอง โดยร่างกายและอวัยวะเพศที่มีการเปลี่ยนแปลง จะกลับสู่สภาพปกติ เลือดจะไหลกลับออกไปจากอวัยวะเพศและเลือดจะมีการคั่งลดลง อาจจะใช้ระยะเวลาเพียง 10-15 นาที แต่หากเพศสัมพันธ์มีอุปสรรค จะทำให้อารมณ์ทางเพศมีการสะดุดหยุด

ลงจนไม่สามารถไปถึงจุดสุดยอดได้ ระยะเวลากลับคืนจะใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ ซึ่งอาจจะนานเป็นวันได้ (สมาลี, 2555)

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และอาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

ความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ (sexual dysfunction) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการร่วมเพศ ภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ความต้องการทางเพศไม่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในการใช้ชีวิตคู่ เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากสภาพของร่างกายหรือจิตใจ (อาร์มภ์และชัยเลิศ, 2559; Sharma & Kumar, 2016)

อาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

อาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ มีดังต่อไปนี้ (กานต์และพิชญา, 2558)

1. การหลั่งอสุจิจำ (delayed ejaculation) เป็นอาการที่มีการหลั่งอสุจิจำหรือไม่สามารถหลั่งอสุจิได้ ทั้ง ที่มีการกระตุ้นและมีความรู้สึกตื่นตัวทางเพศอย่างเพียงพอ
2. การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) เป็นอาการที่องคชาตไม่มีการแข็งตัว แข็งตัวไม่เต็มที่ หรือแข็งตัวไม่นานพอในระหว่างมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งมักส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเอง อาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในอนาคต และอาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้
3. การหลั่งน้ำกามเร็ว (premature ejaculation) เป็นอาการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป โดยมีการหลั่งน้ำอสุจีก่อนที่จะมีการสอดใส่องคชาต หรือเกิดขึ้นทันทีที่ได้มีการสอดใส่องคชาตเข้าไป ในอวัยวะเพศของฝ่ายหญิง ระยะเวลาไม่เกิน 1 นาทีหลังการสอดใส่ ซึ่งผู้ป่วยเองไม่สามารถที่จะควบคุมได้ และชะลอการหลั่งได้ มักพบร่วมกับความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมการหลั่งน้ำอสุจิได้ และความรู้สึกกังวลต่อความสัมพันธ์ทางเพศ
4. ความผิดปกติของความต้องการทางเพศของเพศชาย (male hypoactive sexual desire disorder) เป็นอาการที่เพศชายมีการลดลงของความต้องการทางเพศหรือไม่มีความต้องการทางเพศ และไม่มีความคิดหรือจินตนาการเรื่องเพศ ส่งผลให้ไม่เริ่มต้นกิจกรรมทางเพศและไม่ตอบสนองต่อการเชิญชวนของฝ่ายหญิง

5. การไม่บรรลุความสุขสุดยอดทางกามารมณ์ของผู้หญิง (female orgasmic disorder) เป็นอาการที่เพศหญิงไม่เกิดความรู้สึกถึงจุดสุดยอด (orgasm) ทั้ง ที่มีการกระตุ้นทางเพศอย่างเพียงพอ ปัจจัยทางด้านจิตใจที่ส่งผล เช่น ความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์หรือปัญหาความสัมพันธ์

6. ความผิดปกติในระยะตื่นตัวทางเพศของเพศหญิง (female sexual interest/arousal disorders) เป็นกลุ่มอาการที่เพศหญิงมีการลดลงหรือไม่มีความสนใจหรือไม่มีความรู้สึกตื่นตัวในกิจกรรมทางเพศ โดยที่อาการจะแสดงออกมาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ขาดความสนใจ ไม่มีความคิดหรือจินตนาการเรื่องเพศ ไม่เป็นฝ่ายเริ่มต้นกิจกรรมทางเพศ ไม่ตอบสนองต่อการเชิญชวนของฝ่ายชาย ไม่มีความรู้สึกตื่นตัวเมื่อเจอกับสิ่งกระตุ้นทางเพศ ไม่เกิดความรู้สึกตื่นเต้นหรือมีความสุข หรือไม่มีความรู้สึกทางร่างกาย (physical sensations) ในระหว่างที่มีกิจกรรมทางเพศ มักพบร่วมกับปัญหาความสัมพันธ์ การถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกทำร้ายทางเพศ การดื่มเหล้า และโรคซึมเศร้า

7. ความเจ็บปวดทางเพศสัมพันธ์ (genito-pelvic pain/penetration disorder) เป็นกลุ่มอาการที่เพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับการสอดใส่ทางช่องคลอด ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศ หรือการตรวจภายใน มีอาการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศหรือช่องท้องส่วนล่างเมื่อมีความพยายามจะสอดใส่ และอาจเจ็บเวลาที่ปัสสาวะ มีความรู้สึกกลัวต่ออาการเจ็บหรือการสอดใส่ หรือมีอาการเกร็งและตึงของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้มักหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความใกล้ชิดทางเพศ รวมถึงหลีกเลี่ยงการตรวจภายในทั้ง ๆ ที่มีความจำเป็นต้องตรวจ

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงศึกษาอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และหาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

หลักอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

บทบาทหน้าที่ของสามีและภรรยา

ในศาสนาอิสลามการใช้ชีวิตคู่ต้องมีมารยาทและสิทธิระหว่างสามีภรรยาทั้งสองฝ่าย โดยที่สามีและภรรยาต้องมีหน้าที่ในการรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย เพื่อการมีชีวิตคู่ที่ดี เกิดความสุขสมหวัง และเพื่อให้ชีวิตครอบครัวเกิดความอบอุ่น โดยมีสิทธิของภรรยาและสามี ดังนี้ (มุหัมมัด, 2552)

บทบาทหน้าที่สามี

1. สามีมีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการเลี้ยงดูภรรยาและลูกๆ เช่น การให้เสื้อผ้า สถานที่พักพิงที่ดี ต้องมีจิตใจที่โอบอ้อมอารี ใช้ชีวิตกับภรรยาด้วยการยิ้มแย้มและมีความอ่อนโยน ใช้

ชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างดี เป็นเพื่อนชีวิตที่ดีต่อกัน ต้องเอาใจภรรยาเมื่อเกิดความไม่พอใจ และต้องมีความอดทนต่อบางสิ่งบางอย่างที่ภรรยาอาจทำให้ตัวเองเดือดร้อน เมื่อภรรยาละทิ้งในหน้าที่ความรับผิดชอบหรือทำในสิ่งที่ไม่ดี ต้องตักเตือนสั่งสอนภรรยา นอกจากนี้ต้องสั่งสอนภรรยาเกี่ยวกับเรื่องศาสนา และเมื่อภรรยาเกิดความเจ็บป่วยขึ้นมาต้องมีหน้าที่ในการพาภรรยาไปรับการรักษา

2. สามีไม่ทำให้ภรรยาเกิดความเสียหายหรือเกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติตามหลักที่ศาสนากำหนด ซึ่งต้องปฏิบัติตาม ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (วาญิบ) นอกจากนี้สามีสามารถที่จะหาความสุขกับภรรยาได้ทุกเวลา

3. ภรรยาต้องได้รับประทานอาหารเช่นเดียวกับที่สามีรับประทาน ได้รับเครื่องนุ่งห่มเช่นเดียวกับที่สามีได้รับ สามีไม่สามารถตบตีหน้าภรรยาและกล่าวคำหยาบคายต่อภรรยา และจะต้องไม่ละทิ้งภรรยา ยกเว้นการไม่ร่วมหลับนอนกับภรรยาในกรณีที่ต้องการลงโทษภรรยา ศาสนาอิสลามไม่อนุญาตให้สามีลงโทษภรรยาด้วยการหนีออกจากบ้านไปที่อื่น เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ภรรยา

1. ประณินบีตีสามี มีเจตนาที่ดีต่อสามีอยู่เสมอ สั่งสอนตักเตือนลูกๆ ให้ดี และต้องจัดบ้านเรือนให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย

2. ภรรยาต้องมีการดูแลรักษาตัวเอง ดูแลทรัพย์สินต่าง ๆ รวมถึงบ้านที่อยู่อาศัยของสามี ต้องแต่งตัวให้สวยงาม มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสต่อสามีอยู่เสมอ มีความเคารพและอยู่ร่วมกันกับสามีด้วยดี รู้จักหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้สามีเกิดความผ่อนคลายและมีความสุข เพื่อให้เกิดความอบอุ่นภายในครอบครัวและเกิดความสันติสุข

3. ภรรยาต้องหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้สามีโกรธ ต้องเชื่อฟังในสิ่งที่ไม่ใช่การฝ่าฝืนต่อองค์อัลลอฮ์ ไม่เปิดเผยความลับของสามี ไม่ใช่ทรัพย์สินสมบัติของสามีก่อนได้รับอนุญาต รวมทั้งไม่ออกจากบ้านก่อนที่สามีจะอนุญาต ไม่นำคนเข้ามาในบ้านยกเว้นคนที่สามีรักและชอบ ต้องให้เกียรติต่อครอบครัวของสามี และเมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยหรืออ่อนแอต้องคอยให้การช่วยเหลือเท่าที่สามารถจะดูแลประณินบีตีสามีได้

เพศสัมพันธ์ในทัศนะของอิสลาม

ศาสนาอิสลามมีการสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตรเพื่อสืบทอดเผ่าพันธุ์ ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นเรื่องที่ไม่ผิด แต่ต้องเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องตามหลักที่ศาสนาได้กำหนดไว้ และการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวของสามีภรรยา เพราะฉะนั้นการพูดคุยกับบุคคลภายนอกแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งที่ไม่สมควรกระทำ แต่ในส่วนของความเจ็บป่วย ศาสนาอิสลามถือว่าร่างกายเป็นของขวัญจากพระเจ้า เพื่อให้บรรลุสู่

ความดีที่แท้จริง การรักษาสุขภาพนั้นถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นต้องรักษา ไม่ใช่ปล่อยให้ไปตามยถากรรม ในด้านของการหายจากความเจ็บป่วย ต้องขึ้นอยู่กับพระเจ้า แต่กระบวนการรักษาเป็นหน้าที่ของมนุษย์ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

เป้าหมายของการมีเพศสัมพันธ์

เป้าหมายหลักของการมีเพศสัมพันธ์ในศาสนาอิสลาม ดังนี้ (เชคมุฮัมมัด, 2561)

1. การมีเพศสัมพันธ์เพื่อสืบทอดของวงศ์ตระกูล และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาให้มีความใกล้ชิดกัน
2. การหลั่งอสุจิของผู้ชาย ช่วยทำให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลาย ทำให้การนอนหลับสบาย ส่งผลให้หลับสนิท
3. การมีเพศสัมพันธ์ส่งผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความตึงเครียด ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี และทำให้อารมณ์แจ่มใส

สิ่งที่ควรรู้ในขณะมีเพศสัมพันธ์ในศาสนาอิสลาม

สิ่งที่ควรรู้ในขณะมีเพศสัมพันธ์ในศาสนาอิสลาม มีดังนี้ (เชคมุฮัมมัด, 2561)

1. การมีเพศสัมพันธ์ไม่เพียงแต่เป็นการระบายอารมณ์ใคร่และตัณหาของแต่ละคนเท่านั้น แต่ทำให้เรามีความสุข อิ่มเอมใจ ดังนั้นขณะมีเพศสัมพันธ์ต้องมีความบริสุทธิ์ใจ เจตนากระทำเพื่อปกป้องชีวิตของตัวเองและครอบครัว ห่างไกลจากสิ่งที่ศาสนาห้ามจากการทำผิดประเวณี (ซินา) และเพื่อเป็นการสร้างประชากรของท่านนบีมุฮัมมัดให้เพิ่มขึ้น
2. ไม่ควรละเลยการเล่าโลม เพราะการเล่าโลมเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับความสุขของชีวิตแต่งงาน ถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างแท้จริง ดังนั้นสามีควรที่จะมีการปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศแก่ภรรยา ก่อนที่จะหาความสำคัญในการร่วมเพศ โดยวิธีการเล่าโลม เพราะท่านนบีมุฮัมมัดเคยมีการเล่น หรือเล่าโลมภรรยาของท่านโดยการจูบอย่างนุ่มนวล และการลูบคลำอย่างแผ่วเบา
3. ก่อนมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาต้องมีการขอพร (อ่านดูอาร์)
4. การมีเพศสัมพันธ์มีข้อห้ามคือ ห้ามมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก โดยอนุญาตให้สามีสามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาของเขาทางอวัยวะเพศจากด้านไหนก็ได้ ที่ทำให้ภรรยาสามารถที่จะให้การกำเนิดลูกได้
5. เมื่อสามีได้มีการร่วมเพศกับภรรยาของเขาแล้ว แต่ยังคงการร่วมเพศอีกเป็นครั้งที่สอง สมควร (สุนัต) ให้สามีให้อาบน้ำละหมาดก่อน

6. เมื่อมีการร่วมเพศจำเป็นต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด (อาบน้ำว่ายิบ)

7. ห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ภรรยากำลังมีน้ำควาปลาหรือมีประจำเดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในต่างประเทศและในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาที่พบในต่างประเทศเป็นการศึกษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเขตฟายุม ประเทศอียิปต์ (Mashahit, Raheem, El Amawy, & El, 2014) ศึกษาเพื่อหาความชุกการหย่อนสมรรถภาพทางเพศและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 93.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโต และโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาในเมืองแบกแดด ประเทศอิรัก เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Karim & Malik, 2014) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 84.9 และพบว่า โรคเบาหวาน อายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยชายที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีปัญหาเกี่ยวกับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) (Papadopoulou et al., 2015) และร้อยละ 70-80 พบในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Palmer & Clegg, 2017; Suzuki et al., 2014) ส่วนในเพศหญิงพบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 94.1 ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 100 (Yazici et al., 2009)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล

1. อายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย โดยเกิดจากการที่ต่อมผลิตฮอร์โมนเสื่อม ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ลดลง และระดับของฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางเพศลดลง (ชัชวาล, 2559b; Edey, 2017; El-Assmy, 2012) จากการศึกษาพบว่า การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 8 สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และร้อยละ 80 สามารถพบได้ในผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป (Feldman et al., 2000) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่า การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 31.4 พบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และร้อยละ 68.6 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (Messina et al., 2007) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับปานกลางถึงขั้นรุนแรง (Nishida et al., 2016) และอายุที่เพิ่มขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Navaneethan et al., 2010) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Ye et al., 2015)

2. ภาวะด้านจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ส่งผลให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ชัชวาล, 2559b; Edey, 2017) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ร้อยละ 20-30 จะมีภาวะซึมเศร้า (Suzuki et al., 2014) จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Collaborative et al., 2012; Yavuz et al., 2013) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ (Lai et al., 2007; Yazici et al., 2009)

3. สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาชีพและรายได้ หรือผู้ที่มีการศึกษาที่สูงมีโอกาสเกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยหรือการศึกษาที่ต่ำกว่า (ชัชวาล, 2559b; Papadopoulou et al., 2015) จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Costa, Reis, Pereira, Ponciano, & Oliveira, 2014)

ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

1. โรคประจำตัว พบว่าโรคประจำตัวหลายโรคเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง หรือโรคไขมันในเส้นเลือด (Navaneethan et al., 2010; Papadopoulou et al., 2015) ซึ่งมีผลกระทบทำให้การไหลเวียนของเลือดแดงไปสู่องคชาตลดลง (ชัชวาล, 2559b) จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Collaborative et al., 2012; Navaneethan et al., 2010) เช่นเดียวกับกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Manolis & Doulmas, 2008)

2. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัวบางชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ค่อนข้างหลีกเลี่ยงได้ยาก เช่น ยาต้านความดันโลหิตสูง (antihypertensive drugs) เช่น กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-blockers) และกลุ่มไดยูเรติก (diuretics) ยาต้านโรคซึมเศร้า (antidepressants) เช่น ยากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic antidepressants: TCA) (Rosas et al., 2001; Suzuki et al., 2014)

3. ภาวะโลหิตจาง เกิดจากการสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลง ยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกตัวง่าย (hemolysis) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง (Edey, 2017; El-Assmy, 2012; Palmer & Clegg, 2017; Papadopoulou et al., 2015; Suzuki et al., 2014) นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่มีการสูญเสียเลือดในกระบวนการฟอกเลือด และการขาดธาตุเหล็ก (ชัชวาล, 2559a)

4. การสูบบุหรี่ สารเคมีในบุหรี่จะเป็นตัวทำลายหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Costa et al., 2014)

5. การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง (ชัชวาล, 2559b; Suzuki et al., 2014) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Collaborative et al., 2012)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยตรง แต่พบเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยทั่วไป ดังนี้ (สุวัฒนา, 2550)

1. สถานที่ ซึ่งถือว่ามีผลต่อความสุขทางเพศ โดยเฉพาะห้องนอนควรเป็นสัดส่วนและมืดซิด เพื่อลดความกังวลของคู่ร่วมเพศเรื่องถูกขัดจังหวะขณะมีเพศสัมพันธ์ และอาจจะมีการเปลี่ยนสถานที่ เช่น การเปลี่ยนสถานที่ไปเป็นบ้านพักชายทะเล หรือสถานที่ที่มีธรรมชาติงดงาม

2. อากาศ ซึ่งลักษณะของอากาศไม่ควรเย็นหรือร้อนเกินไป ควรมีการพุดคุยกับคู่ร่วมเพศเรื่องไฟว่าจะใช้ไฟสลัว ไฟสว่างจ้า หรือดับไฟเลย
3. ความสงบ ความเป็นระเบียบ และความสะอาดของสถานที่ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงควรดูแลสภาพของที่อยู่อาศัยให้ได้อยู่เสมอเพื่อเป็นสิ่งที่ดึงดูดใจทางเพศ
4. กลิ่น โดยอาจเป็นกลิ่นแป้งหรือน้ำหอม ซึ่งจะช่วยในเรื่องของการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ
5. ความสะอาดและความเรียบร้อยของร่างกาย ซึ่งคนส่วนใหญ่จะมีอารมณ์ทางเพศกับคู่ที่มีร่างกายสะอาดหรือมีกลิ่นหอมเล็กน้อย

แนวทางการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

แนวทางการจัดการผู้ที่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีแนวทางการจัดการจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

1. การจัดการโดยการใช้ยา

1.1 ยากลุ่มฟอสโฟไดเอสเทอร์ 5 อินฮิบิเตอร์ (phosphodiesterase-5 inhibitor: PDE-5 inhibitor) เช่น ซิลเดนาฟิล (sildenafil) วาเดนาฟิล (vardenafil) และทาดาลาฟิล (tadalafil) (Edey, 2017; Papadopoulou et al., 2015; Suzuki et al., 2014) ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ที่อวัยวะ (peripherally acting) เป็นยาที่เสริมฤทธิ์ไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบภายในแกองคชาตคลายตัวและเร่งให้เลือดมาที่อวัยวะเพศ ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวเมื่อมีการเร้าอารมณ์ทางเพศ แต่ต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง โรคความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการเจ็บหน้าอก และจอภาพตาเสีย เป็นต้น วิธีการใช้ คือ รับประทานยาขณะท้องว่างก่อนมีเพศสัมพันธ์ 1 ชั่วโมง ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ได้นาน 30-120 นาที ถ้ารับประทานพร้อมอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง การดูดซึมยาจะช้าลงทำให้ความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดลดลง ค่าครึ่งชีวิตของยาประมาณ 4-5 ชั่วโมง ดังนั้น บางคนสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตอนช่วงตื่นนอนทั้งที่รับประทานยาตอนเข้านอนได้ ห้ามใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยากลุ่มไนเตรทอย่างเด็ดขาด เพราะยากลุ่มไนเตรททำให้ปริมาณสารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ในกระแสเลือดสูงขึ้นมาก หากรับประทานร่วมกับยากลุ่ม ซิลเดนาฟิล (Sildenafil) อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำมากจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (เกสร, 2559; จิริสุดา, 2557; ชัชवाल, 2559b)

1.2 การเสริมด้วยผลิตภัณฑ์สังกะสี (zinc) เช่น ซิงค์อะซิเตท (zinc acetate) ซิงค์ซัลเฟต (zinc sulfate) (Edey, 2017; Vecchio et al., 2010) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับฟอก

เลือดด้วยเครื่องไตเทียมรับประทานซิงค์ซัลเฟต (zinc sulfate) 250 มิลลิกรัม/วัน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ระดับเทสโทสเตอโรน (testosterone) ลูทีไนซิงฮอโมน (luteinizing hormone) และ ซิงค์ (zinc) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น (Jalali et al., 2010)

1.3 การบำบัดด้วยฮอโมนเทสโทสเตอโรน (testosterone replacement) (Edey, 2017; Suzuki et al., 2014) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ใช้เทสโทสเตอโรนเจล (testosterone gel) เป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละสัปดาห์เพิ่มขึ้น และหลังจากใช้แล้ว ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Cangüven et al., 2010)

2. การจัดการโดยวิธีไม่ใช้ยา

2.1 การใช้กระบอกสุญญากาศ (vacuum device) เป็นการบริหารอวัยวะเพศโดยใช้ปั๊มสุญญากาศนำเลือดเข้าสู่องคชาต แล้วใช้ยางรูปวงแหวนรัดที่โคนองคชาตเพื่อให้องคชาตแข็งตัวอยู่ ช่วยกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อ เลือด และออกซิเจนไหลเวียนที่อวัยวะเพศมากขึ้น ต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเพราะอุปกรณ์อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ มีอาการบวมภายในอวัยวะเพศหรือถุงอัณฑะ หรือเม็ดเลือดแดงแตกได้ ควรระมัดระวังในผู้สูงอายุที่มีโรคเลือดหยุดยาก รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) (Edey, 2017; Papadopoulou et al., 2015; Suzuki et al., 2014)

2.2 จิตบำบัด ทั้งสามีและภรรยาต้องมาพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และความต้องการทางเพศ รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางเพศ (Edey, 2017)

2.3 การปรับความต้องการทางเพศกับคู่สมรสให้ตรงกัน มีการจัดการกับสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดี ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นของการมีเพศสัมพันธ์ตามวิถีของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (ชัชวาล, 2559c)

2.4 มีการปรับตัวในเรื่องของเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาของ (สุภรและคณะ, 2549) ผู้ป่วยมีการปรับตัวในเรื่องของเพศสัมพันธ์ ดังนี้

2.4.1 การปรับตัวด้วยการแสดงออกทางด้านร่างกาย โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพูดคุยทำความเข้าใจกับคู่สมรส การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง การใช้วิธียูวีเทียม การร่วมเพศกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของตน และการลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์

2.4.2 การปรับตัวด้วยความคิด การใช้สติปัญญา โดยมีวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การหาความรู้จากวารสาร หนังสือพิมพ์ การพูดคุยกับทีมสุขภาพ พ่อแม่ หรือคู่สมรส

2.4.3 มีการปรับตัวด้วยการใช้กลไกในการจัดการทางอารมณ์ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้แก่ วิธีผ่อนคลายความเครียดต่าง ๆ ดูรายการตลก ทำจิตใจให้ร่าเริง มีการหยอกล้อกัน

ระหว่างคู่สมรส มีการท่องเที่ยวไปยังสถานที่ต่าง ๆ ทำงานบ้าน ฝึกสมาธิ ศึกษารธรรมะ มีการปล่อยวาง ไม่คิดหมกมุ่นในเรื่องเพศสัมพันธ์จนมากเกินไป มีการควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้น ดูแลเอาใจใส่กันระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส และมีการดูแลชดเชยในเรื่องอื่น ๆ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

เครื่องมือที่นิยมใช้ในการวัดการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย ได้แก่

1. แบบวัดดัชนีสากลการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function: IIEF) ของโรเซนและคณะ (Rosen et al., 1997) ซึ่งเป็นการทดสอบการทำหน้าที่ของเพศชาย มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยอภิชาติและคณะ (Kongkanand, Ratana-Olarn, Ruangdilokrat, & Tantiwong, 2003) ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศชาย 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (2) ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด (3) ความต้องการทางเพศ (4) ความพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ (5) ความพึงพอใจโดยรวม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 5-75 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศในผู้หญิง (Female Sexual Function; FSFI) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยโรเซนและคณะ (Rosen et al., 2000) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชินาและสุรศักดิ์ (Oranratanaphan & Taneepanichskul, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความต้องการทางเพศ (2) ความตื่นตัวทางเพศ (3) น้ำหล่อลื่นช่องคลอด (4) การบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ (5) ความพึงพอใจทางเพศ และ (6) ความเจ็บปวดจากการร่วมเพศ มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 และ 6 ระดับ โดย 5 ระดับมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 2-36 คะแนน

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ (Quality of Sexual Function scale: QSF) พัฒนาโดยไฮเนแมนน์และคณะ (Heinemann et al., 2005) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดร.อุษาวดี อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ เพื่อทดสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของภาษา นารีลักษณ์ (2556) นำไปใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายและเพศหญิง มีความครอบคลุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ (2) ความตื่นตัวในการมีเพศสัมพันธ์ (3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ (4) การถึงจุดสุดยอด (5) ความพึงพอใจในการมี

เพศสัมพันธ์ และ (6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านความตื่นตัวในการมีเพศสัมพันธ์ (2) ด้านความพึงพอใจคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของตนเอง เช่น การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (3) ด้านความพึงพอใจคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของคู่สมรส/คู่นอน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ (Quality of Sexual Function scale: QSF) ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทั้งผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง มีข้อคำถามที่ไม่มากจนเกินไปและง่ายต่อการนำไปใช้ มีการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศที่ครอบคลุมวงจรของการตอบสนองทางเพศ และอาการของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่เพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ การศึกษาที่ผ่านมาของชัชวาล (2559c) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้และการจัดการปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยชายโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตที่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ราย โดยที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ดังนี้ ภาวะที่เหนื่อยกับการเดินทาง ภาวะเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาจนทำให้ลืมเรื่องเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว เป็นภาวะแทรกซ้อนที่แย่ที่สุดของการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลต่อเพศสัมพันธ์ ส่วนวิธีการจัดการเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ คือ การทำความเข้าใจกับคู่สมรสเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีการปรับในเรื่องของความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ให้ตรงกัน และตัวของผู้ป่วยเองต้องพยายามจัดการกับสุขภาพของตนเองให้ดีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ นอกจากนี้การศึกษาของสุภรและคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และคู่สมรสในภาคใต้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติ พฤติกรรม ปัญหาและการปรับตัวเรื่องเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและคู่สมรส จำนวนกลุ่มละ 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ (1) มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 52 (2) ไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 44 และ (3) อวัยวะเพศมีการแข็งตัวยาก ร้อยละ 42 ส่วนในเรื่องของการปรับตัวเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยพบว่า (1) ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้วยการแสดงออกทางกาย คิดเป็นร้อยละ 32 ซึ่งมีวิธีการต่าง ๆ เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพูดคุยกับคู่สมรส การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง การใช้วียวะเทียม (2) การปรับตัวด้วยการรู้คิด การใช้สติปัญญา คิดเป็นร้อยละ 10 ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การหาความรู้เรื่องเพศจากวารสาร หนังสือพิมพ์ การถามจากแพทย์ พยาบาล พ่อแม่ คู่สมรส และ (3) การปรับตัวด้วยการใช้กลไกการจัดการทางอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 60 มีวิธีการต่าง ๆ เช่น

ใช้วิธีคลายเครียดต่าง ๆ ดูรายการตลก ทำให้หัวเราะเร็ง ทำให้สบาย การหยอกล้อกับคู่สมรส
ท่องเที่ยว ทำงานบ้าน ศึกษาศาสนะ ฟังสมาธิ ไม่คิดหมกมุ่นเรื่องเพศมากเกินไป ให้กำลังใจ

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

แนวคิดแบบจำลองของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการวัดผลลัพธ์ทั้ง 8 ด้าน คุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่ได้มีการวัด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิธีการจัดการและ
ประสบการณ์อาการ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง วิธีการจัดการอาการบ่งชี้การทำหน้าที่ด้าน
เพศสัมพันธ์และประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังที่
ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ความหมายและแนวคิดของคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต
ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิต คือ คุณภาพ หมายถึง
ลักษณะที่เด่นและดีของสิ่งของหรือบุคคลนั้น ๆ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ของบุคคล คุณภาพชีวิต
จึงมีความหมายว่า ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั่นเอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ให้คำนิยามของคุณภาพ
ชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อการดำรงชีวิต โดยขึ้นอยู่กับบริบททาง
สังคม ค่านิยม และวัฒนธรรม ในช่วงเวลานั้น ๆ โดยมีความสัมพันธ์ตามมาตรฐานของแต่ละคน สิ่งที่
คาดหวัง และจุดมุ่งหมายของแต่ละคนที่กำหนดขึ้นมา

เทสตาและไซมอนสัน (Testa & Simonson, 1996) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต
หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ความเชื่อและความหวังในชีวิตเกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจ
และด้านสังคม

ซ่าน (Zhan, 1992) ให้คำนิยามไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีความ
เป็นอยู่ที่ดีในการดำเนินชีวิต มีความพึงพอใจ และความสุขตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

แคมป์เบล, คินเวิร์สและร็อดเจอร์ส (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976)
ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขหรือความพึงพอใจของชีวิต (life satisfaction or
happiness)

เฟอเรนส์ (Ferrans, 1996) นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ชีวิต และการให้ความสำคัญที่แตกต่างของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิต โดยการให้ความสำคัญกับองค์ประกอบชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ภาวะสุขภาพ (2) สังคม (3) จิตใจ และ (4) จิตวิญญาณรวมถึงครอบครัว

พินโท, ฟิวมินซิลลี, แมซโซ, แคลเดร่า, และมาร์ตินส์ (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

ฮาาส (Haas, 1999) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละคนเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ความสุขในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม ค่านิยม และวัฒนธรรม โดยมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของแต่ละคนที่กำหนดขึ้นมา

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้พบการอธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพของร่างกายในแต่ละบุคคล ที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้ถึงสภาพทางจิตใจของตนเอง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รับรู้ในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ อารมณ์ทางเพศ การรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลในการดำเนินชีวิต

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความสามารถต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ภาพลักษณ์ต่าง ๆ

3. ด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับความพอใจของรายได้ อาชีพ การมี
ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการศึกษา

4. ด้านความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่
ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพชีวิต
ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความสุขด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีที่พักอาศัยที่มีความมั่นคงปลอดภัย มีอาหาร
ที่เพียงพอ และมีสุขภาพที่แข็งแรงห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บ

2. มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น สัมพันธภาพกับคู่สมรส บิดา มารดา เพื่อน ญาติและ
บุคคลอื่น

3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในชุมชน สังคม มีโอกาสในการช่วยเหลือหรือสนับสนุน
ผู้อื่น

4. มีการพัฒนาในด้านของบุคลิกภาพ และดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น มีการ
พัฒนาการด้านสติปัญญา มีความเข้าใจในตนเอง มีการเรียนรู้และสนใจการเรียน มีการแสดง
ความรู้สึกรออกมาในทางที่สร้างสรรค์ และรู้ถึงจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง

เฟอร์แรนและเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1992) กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐาน
ของคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. สุขภาพและการทำหน้าที่ ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การมีกิจกรรม
ร่วมกันภายในครอบครัว การพักผ่อน การได้ทำกิจกรรมในช่วงเวลาว่าง และการเดินทาง

2. สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ความเป็นอยู่ การทำงาน รายได้ และเพื่อน
ร่วมงาน

3. จิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเป็นอยู่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบสุขใน
จิตใจ และการได้บรรลุเป้าหมายของชีวิต

4. ครอบครัว ได้แก่ สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ความสุขของครอบครัว และ
ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมร และบุตร

จากการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 7 ด้าน
ได้แก่ (1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (2) ด้านความผาสุกทางจิตใจ (3) ด้านเศรษฐกิจ
สังคม และครอบครัว (4) ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต (5) ด้านจิตวิญญาณ (6) ด้านการ
ดำรงชีวิตอยู่กับการแสดง และ (7) ด้านการรู้จัก (นพวรรณและคณะ, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตนั้น มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย การสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีหลายรูปแบบ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละคน และวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยที่แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพขององค์กรอนามัยโลก (The WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF) เป็นเครื่องมือที่เป็นสากลที่ใช้กันทั่วโลก ประกอบด้วยโครงสร้างทั้งหมด 6 มิติ มีข้อคำถามจำนวน 227 ข้อ และต่อมาได้มีการปรับปรุงเป็นข้อคำถาม จำนวน 100 ข้อ และในปี ค.ศ. 1996 องค์กรอนามัยโลกได้มีการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) จำนวน 26 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ (4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้โดยไม่มีข้อจำกัดในด้านของผู้ใช้บริการหรือวัฒนธรรม (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์, วิระวรรณ, และวนิดา (2545) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65 ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพทางร่างกายที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความสมบูรณ์ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสุขสบาย ความสามารถในการจัดการกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับร่างกาย รับรู้ถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการทำงาน ในด้านการเคลื่อนไหวต่าง ๆ รับรู้ถึงความอิสระที่ตนเองมี ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น

1.2 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่ตนเองมีต่อผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นในสังคม รับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

1.3 ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ตัวเองสามารถรับรู้ได้เกี่ยวกับสภาพทางด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ความรู้สึกที่ดี ที่คนอื่นมีให้ตัวเอง รับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ตนเองมี ความภาคภูมิใจที่มีต่อตนเอง ความมั่นใจที่ตัวเองมี การรับรู้เกี่ยวกับความจำ ความคิด สมารถในการตัดสินใจ และความสามารถในด้านการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ รับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการในเรื่องความเศร้า หรือความกังวลที่เกิดขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ตัวเองมีที่ส่งผลในการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อในเรื่องของศาสนา จิตวิญญาณ เป็นต้น

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลในการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีต่อตัวเอง ไม่อยู่ใน

สิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ อาศัยอยู่ที่ที่มีการคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการทางสุขภาพ และการที่ตัวเองรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ เป็นต้น

2. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF version 1.3) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง (specific instrument) ใช้กับผู้ป่วยที่มีการบำบัดทดแทนไต ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยชนิษฐา (2552) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อใหญ่ และ 80 ข้อย่อย เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป SF-36 มี 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ และคำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย 4 หมวดคำถาม คือ (1) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (generic core) ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจ (2) ภาระจากโรคไต (burden of kidney disease) (3) อาการโรคไตเรื้อรัง (symptoms) และ (4) ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง (effect of kidney disease)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (Thai Health Related Quality of Life Dialysis: THAI-HRQOL-D) ของนพวรรณและคณะ (2555) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไต มีจำนวนของคำถามทั้งหมด 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 10 ข้อ (2) ด้านความผาสุกทางจิตใจ จำนวน 7 ข้อ (3) ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว จำนวน 5 ข้อ (4) ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต จำนวน 4 ข้อ (5) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ (6) ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับอาการแสดง จำนวน 5 ข้อ และ (7) ด้านการรู้คิด จำนวน 3 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ ไม่เลย/ไม่นึกถึงเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 37-185 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแย่มาก คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดี มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 และมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .57

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (Thai Health Related Quality of Life Dialysis: THAI-HRQOL-D) เนื่องจากข้อคำถามของแบบประเมินชุดนี้ ส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แบบประเมินดังกล่าวมีข้อคำถามที่ไม่มากจนเกินไปและมีความง่ายต่อการนำไปใช้

จากการทบทวนงานวิจัย พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาของจำรัสและคณะ (2560) ศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน และการศึกษาของนิภา (2552) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 40 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของอุทุมพรและคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาที่พบในต่างประเทศ พบการศึกษาของยาซิกิและคณะ (Yazici et al., 2009) ในประเทศตุรกี ศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 85 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ร้อยละ 94.1 ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่า ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การทำหน้าที่ด้านเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.46, p<.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดี นอกจากนี้การศึกษาของอาซเวโดและคณะ (Azevedo et al., 2014) ศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง จำนวนกลุ่มละ 58 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 44.8 ส่วนในเพศหญิงมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 67.9 และพบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.44, p=.018$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางเพศและคุณภาพชีวิตในเพศชาย

เนื่องจากเพศชายเลือกวิธีการรักษาความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาของซานโตสและคณะ (Santos et al., 2012) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงที่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 79.3 และพบว่าการทำหน้าที่ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.32, p=.013$)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาของอรอมนและคณะ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวนกลุ่มละ 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการทำหน้าที่ทางเพศและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.22, p<.05$) นอกจากนี้การศึกษาของประพัฒน์สินีและคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศในระดับต่ำ ร้อยละ 99 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ และการทำหน้าที่ทางเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของณัฐยาและคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ ร้อยละ 84 และพบว่าการทำหน้าที่ทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=.02, p>.05$) ซึ่งเกิดจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการพูดคุยปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศกับคู่สมรส ทำให้คู่สมรสเข้าใจ จึงทำให้ปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่ทางเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ทำให้ไตมีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการบำบัดทดแทนไต จะช่วยกำจัดของเสียที่อยู่ในร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ก็ยังได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค และผลจากการบำบัดทดแทนไต ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางเพศลดลง

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการร่วมเพศ ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายและจิตใจไม่เกิดความต้องการทางเพศ ไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น ได้แก่ อาการความต้องการทางเพศลดลง ไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ องคชาตไม่แข็งตัว ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอด และอาการปวดบริเวณช่องคลอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว ภาวะด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยที่ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีผลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และวิธีการจัดการอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ การศึกษายังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธี ทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง และยังไม่พบการศึกษาที่เป็นบริบทของมุสลิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อที่จะได้เห็นเกี่ยวกับระดับของความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่นำมาใช้ในบริบทของกลุ่มมุสลิม และระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทุติยภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2) โรงพยาบาลยะลา (3) โรงพยาบาลพัทลุง (4) โรงพยาบาลสตูล (5) โรงพยาบาลปัตตานี (6) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และ (7) โรงพยาบาลสงขลา

ขั้นตอนการคัดเลือกโรงพยาบาล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. เลือกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง
2. ทำการสุ่มคัดเลือกโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2) โรงพยาบาลยะลา (3) โรงพยาบาลพัทลุง (4) โรงพยาบาลสตูล (5) โรงพยาบาลปัตตานี (6) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และ (7) โรงพยาบาลสงขลา

เดิมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่เนื่องจากความไม่เพียงพอของผู้ป่วยจึงต้องขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ และจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น จึงต้องทำการขยายโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง เพิ่มอีก 2 แห่ง ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เทียบเท่ากับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ทำการศึกษา ดังนั้นโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2) โรงพยาบาลยะลา (3) โรงพยาบาลสตูล (4) โรงพยาบาล

สงขลา (5) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (6) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี และ (7) โรงพยาบาลละงู

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพุทธภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง เลือกร่วมตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. นับถือศาสนาอิสลาม
3. มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน และมีเพศสัมพันธ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน (ณัฐยาและคณะ, 2558; ประพัฒน์สินีและคณะ, 2558; อรวมนและคณะ, 2560)
4. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน (ณัฐยาและคณะ, 2558; ประพัฒน์สินีและคณะ, 2558; อรวมนและคณะ, 2560; Santos et al., 2012; Seethala, Hess, Bossola, Unruh, & Weisbord, 2010; Wu et al., 2013; Yazici et al., 2009)
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้
6. เต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย
7. ไม่มีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหงื่อออก ตัวเย็น และใจสั่น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2017) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนในการทดสอบที่ระดับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 และการกำหนดขนาด (effect size) ซึ่งได้จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ได้ค่าขนาดอิทธิพลที่ $r=.49$ (Yazici et al., 2009) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นงานที่ไม่ได้ศึกษาในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัย

กำหนดขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ขนาดกลาง (medium effect size) มีค่า .30 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ในการศึกษาทางการแพทย์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ก) มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โรคร่วม ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ความบ่อยครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ใน 1 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ ใช้แบบประเมินของ นารีลักษณ์ (2556) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (Quality of Sexual Function scale: QSF) ของไฮเนแมนน์และคณะ (Heinemann et al.,2005) นำไปใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71 ในการศึกษา นี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการดัดแปลงและตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนตาม คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ข้อ 2, 4, 6, 7, 9, 10 และข้อ 11 ดังนั้นจึงมีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีความครอบคลุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ของเพศชายและเพศหญิงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ (2) ความตื่นตัวในการมีเพศสัมพันธ์ (3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ (4) การถึงจุดสุดยอด (5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ (6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ 2 ด้าน ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางเพศด้านมุมมองตนเอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3, 5-6 และข้อ 12

2) การมีกิจกรรมทางเพศ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7-11

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ต มี 5 ระดับ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อความ ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไข้อย่างยิ่ง	5	1
ไข่มาก	4	2
ไข่ปานกลาง	3	3
ไข่เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผลคะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับรุนแรง (2) มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (3) มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับน้อย และ (4) ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
12-23 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับรุนแรง
24-35 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
36-47 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
48-60 คะแนน	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีการประเมินความถี่ความรุนแรงของอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ โดยให้เลือกคำตอบว่ามีอาการหรือไม่มีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา กรณีที่ผู้ตอบระบุว่ามีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ หลังจากนั้นจะเลือกตอบว่ามีความถี่บ่อยและความรุนแรงเพียงใด ความถี่ของการมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีให้เลือกตอบ คือ 1 ครั้ง/เดือน 2 ครั้ง/เดือน และ 3 ครั้งขึ้นไป/เดือน และข้อความถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเป็นมาตรฐานค่า ตั้งแต่ 0-4 ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
0	ไม่มีอาการรุนแรง
1	มีอาการรุนแรงเล็กน้อย
2	มีอาการรุนแรงปานกลาง
3	มีอาการรุนแรงมาก
4	มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย จำนวน 3 ข้อ (2) ด้านจิตใจ/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ และ (3) ด้านพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีให้เลือกตอบคือ เคย หรือ ไม่เคยเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ สำหรับความถี่ของการเคยเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีให้เลือกตอบ คือ 1 ครั้ง/เดือน 2 ครั้ง/เดือน และ 3 ครั้งขึ้นไป/เดือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย เมื่อมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 16 ข้อ โดยจัดเป็นหมวดหมู่ 3 ด้าน ตามการกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลของแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al.,2001) ได้แก่ (1) ด้านบุคคล จำนวน 10 ข้อ (2) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ และ (3) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ซึ่งแต่ละวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีให้เลือกตอบ คือ ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีเลือกให้ตอบ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ได้ผลมากที่สุด ได้ผลมาก ได้ผลปานกลาง ได้ผลเล็กน้อย และ ไม่ได้ผลเลย

องค์ประกอบในการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ (1) เหตุผลของการเลือกปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (2) ใครเข้ามาช่วยเหลือท่าน เมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (3) เวลาที่ปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ และ (4) สถานที่ใช้ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (ภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ Thai Health Related Quality of Life Dialysis (THAI-HRQOL-D) ของนพวรรณและคณะ (2555) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 และมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .56 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการดัดแปลงและตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ข้อ 3, 5, 6, 17, 20 และข้อ 30 ดังนั้นจึงมีจำนวนของคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

- | | |
|--|--------------------|
| 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย | จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ |
| ข้อ 1, 2, 3, 4, 9, 16 และ ข้อ 25 | |
| 2) ด้านความผาสุกทางจิตใจ | จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ |
| 8, 12, 13, 20, 26 และ ข้อ 27 | |
| 3) ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ |
| ข้อ 21, 22, 23, และ ข้อ 24 | |
| 4) ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ |
| ข้อ 6, 7, 10 และ ข้อ 11 | |
| 5) ด้านจิตวิญญาณ | จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ |
| 14 และ ข้อ 15 | |
| 6) ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการแสดง | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ |
| ข้อ 5, 28, 29, 30 และ ข้อ 31 | |
| 7) ด้านการรู้จัก | จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ |
| ข้อ 17, 18 และ ข้อ 19 | |

ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท มี 5 ระดับ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5, 14-16, 19 และ ข้อ 21-24 และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-13, 17, 18, 20 และ ข้อ 25-31 ข้อคำถามมิให้เลือกตอบ คือ ไม่เลย/ไม่นึกถึง เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย/ไม่ได้นึก	1	5

การแปลผล

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 31-155 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) คุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ (2) คุณภาพชีวิตปานกลาง (3) คุณภาพชีวิตดี และ (4) คุณภาพชีวิตดีมาก โดยใช้หลักทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด) หารด้วยจำนวนระดับ (บุญใจ, 2553) แบ่งระดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
1.00-1.99	คุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ
2.00-2.99	คุณภาพชีวิตปานกลาง
3.00-3.99	คุณภาพชีวิตดี
4.00-5.00	คุณภาพชีวิตดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือในการศึกษาทั้งหมดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย (1) แพทย์ผู้ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรมโรคไตและการล้างไต 1 ท่าน (2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตและการล้างไต 1 ท่าน (3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน (4) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน และ (5) อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวกับกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา และความเหมาะสมในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale: S-CVI) ซึ่งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของแบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการ ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่า S-CVI=.84, .94, .85, 1, และ 1 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ S-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ .80 คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามหรือแนวคิดทฤษฎี กำหนดระดับความคิดเห็นทั้งหมด 4 ระดับ (Polit & Beck, 2018) ดังนี้

1 หมายถึง	ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยามหรือแนวคิดทฤษฎี
2 หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนหรือปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามหรือแนวคิดทฤษฎี
3 หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนหรือปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามหรือแนวคิดทฤษฎี
4 หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามและแนวคิดทฤษฎี

สูตรคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา คือ

$$S-CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ ได้เท่ากับ .74, .70, .83, .73, .70 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 7 แห่ง ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยไต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนด

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยไต และพยาบาลประจำหน่วยไตเทียมเป็นผู้ที่ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สอบถามความสมัครใจ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอม สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย พยาบาลจะแนะนำผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมีการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะมีการจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน และบรรยากาศมีความสงบ

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้มีการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตัวเอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านข้อความของแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อความและช่วยบันทึกใน

แบบสอบถามให้แทน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-50 นาที ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อความและช่วยบันทึกในแบบสอบถามให้แทนเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาด้านการมองเห็น และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเนื่องจากกำลังฟอกไต ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย มีการตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

2.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและเป็นการเปิดเผยเรื่องความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้วิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในด้านของความรู้สึก และความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้มีการเตรียมความพร้อม โดยได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต มีประสบการณ์การทำงานในด้านการให้คำปรึกษาเป็นระยะ 3 ปี จึงทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการเข้าถึงและช่วยเหลือเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านจิตใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยวาจาด้วยตนเองในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย อย่างละเอียดครอบคลุมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

2. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธจากงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลใด ๆ ทั้งในด้านของการรักษาพยาบาล หรือการรับบริการอื่น ๆ ที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการเข้าร่วมวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดของโครงการวิจัยจนกว่าจะมีความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ สกุล โดยที่การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะถูกเก็บไว้ 5 ปี แล้วทำลายทิ้ง

4. ในกรณีกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้

ดังนี้

4.1 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผ่อนคลาย หรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการร้องไห้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ โดยที่ผู้วิจัยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดหากเป็นความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 พิจารณาส่งต่อให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ามาช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

5. ถ้าผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการที่ผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก หรือใจสั่น ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือ ให้การพยาบาลเบื้องต้น และประสานกับพยาบาลประจำหน่วยไตเทียมเพื่อส่งพบแพทย์ทันที ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการดังกล่าวระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ การตอบสนองต่ออาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ และวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยายนำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย นำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การแจกแจงแบบโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้น ใช้การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษา ประสพการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และประสิทธิภาพของวิธีการจัดการอาการ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ระหว่าง 28-81 ปี ($M=51.41$, $SD=11$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 47 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 54.1 บำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 65.9 การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 34.1 ได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลามากกว่า 36 เดือน ร้อยละ 51.8 โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 รองลงมา คือ โรคโลหิตจาง ร้อยละ 81.2 ได้รับความยากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 รองลงมา คือ ยาบำรุงเลือด ร้อยละ 87.1 และความบ่อยครั้งของการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด คือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 47 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N=85$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	60
หญิง	34	40
อายุ (ปี)		
18-33 ปี	5	5.9
34-49 ปี	30	35.3
50-65 ปี	40	47
มากกว่า 66 ปี	10	11.8
(Min=28, Max=81, $M=51.41$, $SD=11$)		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	45.8
ค้าขาย	18	21.2
ข้าราชการ	13	15.3
เกษตรกรกรรม	9	10.6

ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=85)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.7
รับจ้าง	2	2.4
รายได้		
ไม่มีรายได้	40	47.0
1,000-5,000 บาท	13	15.3
5,001-10,000 บาท	13	15.3
มากกว่า 10,000 บาท	19	22.4
สิทธิในการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46	54.1
เบิกได้กรมบัญชีกลาง	28	32.9
ประกันสังคม	7	8.2
เบิกได้รัฐวิสาหกิจ	2	2.4
จ่ายเอง	2	2.4
วิธีการบำบัดทดแทนไต		
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	56	65.9
การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	29	34.1
ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต		
3 เดือน-12 เดือน	21	24.7
13 เดือน-36 เดือน	20	23.5
มากกว่า 36 เดือน	44	51.8
โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย*		
โรคความดันโลหิตสูง	79	92.9
โรคโลหิตจาง	69	81.2
โรคเบาหวาน	24	28.2
โรคหัวใจและหลอดเลือด	13	15.3

ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=85)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ได้รับ*		
ยาต้านความดันโลหิตสูง	79	92.9
ยาบำรุงเลือด	74	87.1
ยาก่อมประสาท/ยากลายเครียด/ยาต้านซึมเศร้า (Fluoxetine)	1	1.2
ความบ่อยครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ใน 1 เดือน		
1-2 ครั้ง	40	47.0
3-4 ครั้ง	23	27.1
มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป	22	25.9

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ประสพการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย ระดับการรับรู้ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมา คือ ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 41.2 และพบว่า ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M=45.42$, $SD=5.94$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวม (N=85)

ลักษณะข้อมูล	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
12-23 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับรุนแรง	0	0
24-35 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง	6	7
36-47 คะแนน	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย	44	51.8
48-60 คะแนน	ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	35	41.2

ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับเล็กน้อย (Min=31, Max=56, M=45.42, SD=5.94)

อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มากที่สุด คือ อาการความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 56.5 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 และรู้สึกว่าไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 29.2 รองลงมามีอาการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ ร้อยละ 48.2 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.7 และมีความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.3

เมื่อแบ่งอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ตามเพศ พบว่า เพศชายมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด คือ อาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ ร้อยละ 45.9 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 30.8 รองลงมามีอาการขององคชาติแข็งตัวได้ไม่นานพอเมื่อมีการสอดใส่ ร้อยละ 45.9 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 33.3 สำหรับเพศหญิงอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด คือ ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดหรือมีน้อยมากขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.8 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และรู้สึกว่าไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 30 รองลงมามีอาการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศหรือช่องท้องส่วนล่างเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.9 มีความรู้สึก

ว่าอาการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40 มีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความรุนแรงของอาการ (N=85)

อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้าน เพศสัมพันธ์	มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)				
		ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
- มีอาการความต้องการทางเพศลดลง	48 (56.5)	14 (29.2)	18 (37.5)	10 (20.8)	4 (8.3)	2 (4.2)
- มีอาการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ ทั้ง ๆ ที่มีการกระตุ้นทางเพศอย่างเพียงพอ	41 (48.2)	10 (24.4)	13 (31.7)	12 (29.3)	4 (9.8)	2 (4.8)
- มีอาการไม่มีความคิดหรือจินตนาการใน เรื่องเพศสัมพันธ์	22 (25.9)	11 (50.0)	5 (22.7)	6 (27.3)	0	0
- มีอาการขององคชาติแข็งตัวได้ไม่นาน พอเมื่อมีการสอดใส่	39 (45.9)	4 (10.2)	12 (30.8)	12 (30.8)	8 (20.5)	3 (7.7)
- มีอาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ ทำ ให้ไม่สามารถสอดใส่ได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์	39 (45.9)	3 (7.7)	13 (33.3)	15 (38.5)	5 (12.8)	3 (7.7)
- มีอาการขององคชาติไม่แข็งตัว เมื่อมี ความต้องการทางเพศ หรือเมื่อต้องการมี เพศสัมพันธ์	34 (40)	1 (2.9)	10 (29.4)	18 (52.9)	3 (8.9)	2 (5.9)

ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความรุนแรงของอาการ (N=85)

อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้าน เพศสัมพันธ์	มีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)				
		ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
- มีอาการหลังน้ำอสุจิเร็วเกินไป โดยมี การหลังน้ำอสุจีก่อนที่จะมีการสอดใส่ องคชาติ หรือเกิดขึ้นทันทีที่ได้มีการสอด ใส่องคชาติเข้าไปในอวัยวะเพศของฝ่าย หญิงน้อยกว่า 2 นาที	23 (27.1)	4 (17.4)	4 (17.4)	8 (34.8)	4 (17.4)	3 (13)
- มีอาการของการหลังน้ำอสุจิเข้า ทั้ง ๆ ที่มี การกระตุ้นและมีความรู้สึกตื่นตัวทางเพศ อย่างเพียงพอ	22 (25.9)	4 (18.2)	8 (36.4)	8 (36.4)	2 (9.0)	0
- มีอาการไม่สามารถหลังน้ำอสุจิได้ ทั้ง ๆ ที่มีการกระตุ้นและมีความรู้สึกตื่นตัวทาง เพศอย่างเพียงพอ	11 (12.9)	1 (9.1)	1 (9.1)	7 (63.6)	2 (18.2)	0
- มีอาการไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอด หรือมีน้อยมาก ขณะมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการมีเพศสัมพันธ์	10 (11.8)	3 (30.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	0
- มีอาการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศหรือช่อง ท้องส่วนล่างเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จนทำให้ ไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์	5 (5.9)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	0

การตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ทางด้านร่างกาย คือ เมื่อยล้าหรืออ่อนล้า ร้อยละ 30.6 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 61.5 รองลงมา คือ นอนไม่หลับหรือหลับยาก ร้อยละ 18.8 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 59.6 ทางด้านจิตใจ คือ หงุดหงิด ร้อยละ 35.3 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ เครียด ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 68.4 และทางด้านพฤติกรรม คือ การลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.7 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ เกิดความไม่มั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 14.1 ความถี่ของการเกิดอาการ 2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 25 ความถี่ของการเกิดอาการ 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 25 (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และความถี่ของการเกิด/เดือน (N=85)

พฤติกรรมการตอบสนอง	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน	ความถี่ของการเกิด/เดือน จำนวน (ร้อยละ)		
			1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้งขึ้นไป
ด้านร่างกาย					
- เมื่อยล้าหรืออ่อนล้า	59 (69.4)	26 (30.6)	16 (61.5)	6 (23.1)	4 (15.4)
- นอนไม่หลับหรือหลับยาก	69 (81.2)	16 (18.8)	9 (56.3)	6 (37.4)	1 (6.3)
- เบื่ออาหาร	77 (90.6)	8 (9.4)	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)
ด้านจิตใจ					
- หงุดหงิด	55 (64.7)	30 (35.3)	16 (53.3)	11 (36.7)	3 (10.0)

ตาราง 4 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และความถี่ของการเกิด/เดือน (N=85)

พฤติกรรมการตอบสนอง	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี	ความถี่ของการเกิด/เดือน		
			จำนวน (ร้อยละ)		
			1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้งขึ้นไป
- เครียด	66 (77.6)	19 (22.4)	13 (68.4)	4 (21.1)	2 (10.5)
- กังวลหรือซึมเศร้า	72 (84.7)	13 (15.3)	7 (53.8)	5 (38.5)	1 (7.7)
- รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง	72 (84.7)	13 (15.3)	12 (92.3)	0	1 (7.7)
- รู้สึกเป็นปมด้อย	73 (85.9)	12 (14.1)	9 (75.0)	1 (8.3)	2 (16.7)
- หมดกำลังใจหรือหดหู่	74 (87.1)	11 (12.9)	8 (72.7)	1 (9.1)	2 (18.2)
ด้านพฤติกรรม					
- การลดจำนวนครั้งของการมี เพศสัมพันธ์	47 (55.3)	38 (44.7)	20 (52.6)	18 (47.4)	0
- เกิดความไม่มั่นใจในการมี เพศสัมพันธ์	73 (85.9)	12 (14.1)	6 (20)	3 (25.0)	3 (25.0)
- เก็บตัว ไม่เข้าสังคมหรือไม่อยาก พบปะกับบุคคลอื่น	83 (97.6)	2 (2.4)	2 (100)	0	0

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และ ประสิทธิภาพของวิธีการจัดการอาการ

จากการศึกษา พบว่า วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่ กลุ่มตัวอย่างใช้ด้านบุคคล คือ ใช้วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาด การขอพร เพื่อทำจิตใจให้สงบ ร้อยละ 91.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ การดูแลด้านสุขอนามัย สุขภาพปากและฟัน การแต่งกายที่สะอาด เพื่อดึงดูดความ สนใจจากคู่สมรสร้อยละ 71.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 65.6 การพูดคุยกับคู่ สมรสในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ ร้อยละ 71.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 57.4 ด้านสิ่งแวดล้อม คือ สร้างบรรยากาศให้สบาย เหมาะสมกับการนอนและการ มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.7 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60.5 รองลงมา คือ เปลี่ยนสถานที่เพื่อสร้างบรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.3 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 63.3 และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ การล้างไตอย่างสม่ำเสมอตาม คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 96.5 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต ร้อยละ 70.6 ประสิทธิภาพ เมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60 (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของการจัดการแต่ละวิธี (N=85)

วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ		ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์								
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ผลเลย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลเล็กน้อย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลปานกลาง	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมาก	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมากที่สุด	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านบุคคล											
- ใช้วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาด การขอพร เพื่อทำจิตใจให้สงบ	78 (91.8)	1 (1.3)		0		6 (7.7)		42 (53.8)		29 (37.2)	
- ดูแลด้านสุขอนามัย สุขภาพปาก และฟัน การแต่งกายที่สะอาด เพื่อดึงดูดความสนใจจากคู่สมรส	61 (71.8)	0		1 (1.6)		8 (13.1)		40 (65.6)		12 (19.7)	
- พูดคุยกับคู่สมรสในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ	61 (71.8)	0		1 (1.6)		16 (26.2)		35 (57.4)		9 (14.8)	
- แสดงออกด้วยวิธีการอื่น ๆ นอกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การกอด การจับมือ พูดคำว่ารัก	46 (54.1)	0		1 (2.2)		9 (19.6)		29 (63.0)		7 (15.2)	
- มีเพศสัมพันธ์หลังจากได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอแล้ว	44 (51.8)	0		0		10 (22.7)		21 (47.7)		13 (29.6)	
- สร้างแรงดึงดูดซึ่งกันและกัน เช่น การอาบน้ำด้วยกัน การนวดตัวด้วยกัน	29 (34.1)	0		1 (3.4)		2 (6.9)		23 (79.4)		3 (10.3)	

ตาราง 5 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของการจัดการแต่ละวิธี (N=85)

วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ		ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์								
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ผลเลย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลเล็กน้อย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลปานกลาง	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมาก	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมากที่สุด	จำนวน (ร้อยละ)
- จิตนาการเพื่อให้เกิดความรู้สึกทางเพศ	18 (21.2)	2 (11.1)	3 (16.7)	5 (27.8)	6 (33.3)	2 (11.1)					
- สำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง	6 (7.1)	0	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)	0					
- รับประทานยาสมุนไพรเพื่อช่วยกระตุ้นความต้องการทางเพศ	5 (5.9)	2 (40)	0	0	3 (60)	0					
- รับประทานยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยกระตุ้นความต้องการทางเพศ	3 (3.5)	0	0	0	2 (66.7)	1 (33.3)					
ด้านสิ่งแวดล้อม											
- สร้างบรรยากาศให้สบายเหมาะสมกับการนอนและการมีเพศสัมพันธ์	38 (44.7)	1 (2.6)	1 (2.6)	5 (13.2)	23 (60.5)	8 (21.1)					
- มีการเปลี่ยนสถานที่เพื่อสร้างบรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์	30 (35.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	5 (16.7)	19 (63.3)	4 (13.3)					

ตาราง 5 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของการจัดการแต่ละวิธี (N=85)

วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ						ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์				
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ผลเลย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลเล็กน้อย	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลปานกลาง	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมาก	จำนวน (ร้อยละ)	ได้ผลมากที่สุด	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย											
- ได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์	82 (96.5)	2 (2.4)	2 (2.4)	8 (9.8)	42 (51.2)	28 (34.2)					
พยาบาล เพื่อสุขภาพทางเพศที่ดี											
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์	60 (70.6)	2 (3.3)	1 (1.7)	8 (13.3)	36 (60)	13 (21.7)					
- ออกกำลังกายให้ได้ 3 วันต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เพื่อให้สุขภาพทางเพศแข็งแรง	42 (49.4)	1 (2.4)	3 (7.1)	1 (2.4)	22 (52.4)	15 (35.7)					
- ปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์	7 (8.2)	0	0	3 (42.9)	3 (42.9)	1 (14.2)					

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 50.6 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตดีมาก ร้อยละ 49.4 และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M=3.95$, $SD=.37$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตโดยรวม ($N=85$)

ลักษณะข้อมูล	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
1.00-1.99 คะแนน	คุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ	0	0
2.00-2.99 คะแนน	คุณภาพชีวิตปานกลาง	0	0
3.00-3.99 คะแนน	คุณภาพชีวิตดี	43	50.6
4.00-5.00 คะแนน	คุณภาพชีวิตดีมาก	42	49.4
คุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Min=3.13, Max=4.61, $M=3.95$, $SD=.37$)			

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18$, $p=.10$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (N=85)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	
	การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	คุณภาพชีวิต
การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	1	
คุณภาพชีวิต	.18 NS	1

หมายเหตุ NS: non-significant ($p=.10$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

ประสบการณ์การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

แบบจำลองการจัดการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยประเมินอาการจากความรุนแรง ความถี่ ของอาการที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต และอาจมีการตอบสนองออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม เพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้ ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 51.8 และมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M=45.42$, $SD=5.94$) นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.41 ปี มีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ อาการความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 56.5 ในเพศชาย พบว่ามีอาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ ร้อยละ 45.9 ส่วนในเพศหญิง พบว่า น้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดไม่เพียงพอ ขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.8 อธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งในเพศชายและเพศหญิง (เกสร, 2559) การเปลี่ยนแปลงในเพศชาย สาเหตุมีดังนี้

(1) ฮอโมนเพศในระบบต่อมไร้ท่อ (sex hormone) ทำให้ระดับของฮอโมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ลดลง ฮอโมนดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทชนิด nitregic ในสมองที่มีหน้าที่ในการปล่อยสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ที่มีผลต่อการแข็งตัวขององคชาต เมื่อฮอโมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ลดลง ทำให้จำนวนเซลล์ประสาทดังกล่าวลดลงด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ องคชาตไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่ โดยฮอโมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) จะถูกสร้างจากลูกอัณฑะทั้ง 2 ข้าง (2) ระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทเกิดขึ้นในระดับโครงสร้างชีวเคมีและสรีระการทำงาน ทำให้ตัวรับความรู้สึกสั่นสะเทือน (vibration) ลดลง ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ (3) ระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจากในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นหลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการแข็งมากขึ้น และการยืดขยายตัวของหลอดเลือดลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง รวมถึงบริเวณองคชาต นอกจากนี้ เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ผนังหลอดเลือดและการเกาะตัวของไขมันบริเวณผนังด้านในของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้อัตราความเร็วของการไหลเวียนเลือดแดงระยะ peak systolic ลดลงในระหว่างการแข็งตัวขององคชาต และ (4) การเปลี่ยนแปลงในองคชาต ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่ภายในองคชาตและผนังที่ห่อหุ้มกล้ามเนื้อเรียบ โดยจะมีผลต่อการไหลเวียนเลือด การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบและการยืดขยายขององคชาต เกิดปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวขององคชาตได้

การเปลี่ยนแปลงในเพศหญิง เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ มีดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยหมดประจำเดือน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการลดลงของฟอลลิเคิลในรังไข่ ทำให้มีการสร้างฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงหรือมีการหยุดสร้างไปในที่สุด โดยการลดลงของฮอโมนดังกล่าว ทำให้น้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดไม่เพียงพอ ช่องคลอดแห้ง และ (2) การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งบริเวณนี้จะมีตัวรับเอสโตรเจน (estrogen receptor) อยู่ เมื่อระดับของฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ ปากช่องคลอด มีการสูญเสียส่วนของคอลลาเจน เนื้อเยื่อไขมัน ต่อมของเซลล์บุผิวมีการฝ่อลีบและบาง สารคัดหลั่งจากต่อมไขมันลดลง ทำให้มีอาการเจ็บ แสบร้อน หรือรู้สึกแห้ง ช่องคลอด การขาดฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen) ทำให้ผนังช่องคลอดบางลง มีการยืดหยุ่นน้อยลง รอยย่นของผิวหนังด้านในช่องคลอด (rugae) หายไป อาจทำให้ผิวหนังด้านในช่องคลอดเกิดการเปื่อย ยุ่ยง่าย ทำให้เจ็บแสบและคันช่องคลอด นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณมดลูก จากสาเหตุที่ฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงหรือขาดไป ทำให้เกิดความบางของเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้ปากมดลูกเป็นแผลได้ง่าย ต่อมาภายในคอมดลูกจะสร้างสารคัดหลั่งลดลง เป็นผลให้ช่องคลอดแห้งมากขึ้น (เกสร, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของเมสซิโนและคณะ (Messina et al., 2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมี

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 68.6 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และ ร้อยละ 31.4 พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และการศึกษาของยีและคณะ (Ye et al., 2015) พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

นอกจากนี้ยังพบว่า โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (จิราภรณ์, 2560) นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบ เกิดการแข็งตัว ทำให้เลือดแดงไม่สามารถผ่านหลอดเลือดไปสู่องคชาตได้อย่างเพียงพอหรือเลือดแดงมาเลี้ยงได้น้อยลง ทำให้องคชาตแข็งตัวไม่เต็มที่หรือไม่แข็งตัว (ชัชวาล, 2559b) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศบราซิล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.5 (Costa et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในประเทศบราซิล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.5 (Costa et al., 2017) ส่วนในประเทศไทย พบการศึกษาของ จุฑามาศ, สุชีรา, และนพวรรณ (2560) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 101 ราย โรคร่วมที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.08

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.3) ให้ข้อมูลว่า ความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากอาการเหนื่อย เพลีย อ่อนล้า หลังการฟอกเลือด กลับถึงบ้านต้องการพักผ่อน บางครั้งกลับบ้านไปหลับตลอดทั้งวัน อธิบายได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดในระหว่างการฟอกเลือด และอาจทำให้ขาดธาตุเหล็ก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด อาการที่พบจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (ชัชวาล, 2559a) กลุ่มตัวร้อยละ 53.57 ให้ข้อมูลว่า เมื่อรู้สึกว่าการพักผ่อนได้เพียงพอแล้ว ตื่นขึ้นมาก็ต้องจัดการกับงานภายในบ้าน ทำงานหารายได้ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายของลูกๆ และหารายได้เพื่อเป็นค่ารถในการเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้คิดเรื่องเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอาการเหนื่อย เครียด กังวลเกี่ยวกับการรักษาจนส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง ทำให้องคชาตไม่แข็งตัว (ชัชวาล, 2559c) และการศึกษาของพัชรภาภา, วิไลพรรณ, วินัส, และวิมลรัตน์ (2559) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซีด ร้อยละ 74 และอาการที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ อาการอ่อนล้า ร้อยละ 100 นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า เมื่อเส้นฟอกเลือดชนิดถาวร (AVF) มีปัญหาจำเป็นต้องทำเส้นฟอกเลือดชนิดชั่วคราว แต่แต่ละครั้งที่ทำก็มีค่าใช้จ่าย จึงต้องดูแลให้ดี ไม่อยากให้เกิดปัญหาหรือเกิดการติดเชื้อบริเวณแผล เนื่องจากหลังมีเพศสัมพันธ์ต้องมีการอาบน้ำล้างตัวให้สะอาดตามหลักศาสนา (การอาบน้ำวายิบ) เมื่อเกิดความกังวล จึงไม่ได้นึกถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ อธิบายได้ว่า ตามหลักการของศาสนาอิสลามระบุไว้ว่า หลังจากมีเพศสัมพันธ์มุสลิมทุกคนต้องอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด โดยต้องอาบน้ำให้ทั่วผิวหนังตลอดทั้งตัว ผม และขนทุกเส้น (พงเทพค์และยูซุฟ, 2552)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) ให้ข้อมูลว่า มีความกังวลกลัวการติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสายบริเวณหน้าท้อง และกลัวการเลื่อนหลุดของสายบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากหลังมีเพศสัมพันธ์ต้องมีการอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาดตามหลักของศาสนาอิสลาม เมื่อมีความกังวลเกิดขึ้น ทำให้ไม่ได้นึกถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศจึงลดลง ส่งผลให้องค์ขาดไม่แข็งตัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) ให้ข้อมูลว่า ตั้งแต่ล้างไตทางช่องท้องตัวเองมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง สิวผิวลำขึ้น ท้องโตขึ้นเพราะมีน้ำยาล้างไตอยู่ในช่องท้อง รู้สึกว่าตัวเองไม่สวย ไม่น่ามองเหมือนก่อน จึงไม่ได้คิดเรื่องเพศสัมพันธ์มากเหมือนก่อนการล้างไต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ บางรายไม่มีเพศสัมพันธ์หลังจากล้างไต หรือมีน้อยลง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความรู้สึกทางเพศลดลง การแข็งตัวของอวัยวะเพศช้า กลัวการมีเพศสัมพันธ์จะกระทบต่อแผลบริเวณหน้าท้อง (พัชรภรณ์และคณะ, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภรและคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศชายมีการแข็งตัวยาก

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างพบปัญหาการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ข้อมูลว่า “สามีมีความต้องการร่วมหลับนอนกับกะ (พี่สาว) ความต้องการของเค้ายังเหมือนเดิม แต่ของกะไม่มีแล้ว แต่กะก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธสามีได้ เพราะกลัวบาป เคยมีบางครั้งที่กะไม่ไหวจริง ๆ จึงบอกสามี เค้าก็เริ่มมีอาการหงุดหงิดใส่กะ ขวนทะเลาะบ้าง กะรู้สึกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นปัญหากับครอบครัวกะมาก ความรู้สึกทางเพศของกะลดลง แต่กะก็ต้อง

ฝันใจร่วมหลับนอนกับสามี เมื่อก่อนกะมีอารมณ์หึงหวง กลัวว่าสามีจะไปมีเมียอื่น แต่ตอนนี้ กะไม่มีอารมณ์นั้นแล้ว ถ้าสามีจะไปมีภรรยาอีกคน กะก็ยินดี” (P1)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ว่า “ฉันล้างไตมา 5 เดือน ยังมีอาการบวม วันนี้บวมมากหน่อย เหนื่อยเวลาขึ้นบันได ตั้งแต่ล้างไต มีเพศสัมพันธ์กับสามี ประมาณต้นเดือน 1 ครั้ง สามีจะไม่ค่อยมายุ่ง เวลานอนก็จะแยกห้องนอน บางคืนก็ไม่กลับบ้าน มีเพื่อนบ้านมาเล่าให้ฟังว่าเห็นสามีเดินอยู่กับผู้หญิงอื่น พอฟังแล้วรู้สึกเสียใจมาก จึงถามจากสามี เค้ายอมรับว่า ไปมีภรรยาอีกคนจริง ประมาณ 4 เดือนได้แล้ว โดยให้เหตุผลว่าเราไม่สามารถให้ความสุขเค้าได้ เมื่อฟังดังนั้นก็ยอมรับว่า ตั้งแต่ป่วย รู้สึกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ทำได้ไม่ดี เพราะอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เหนื่อย เพลีย ตอนนี่ก็ต้องอดทน เพื่อลูก เราเองก็ต้องฟังเค้าเพราะไม่มีรายได้ เค้าเองก็สัญญาว่าจะดูแลเรา ดูแลลูกเหมือนเดิม วันที่หมอนัดเค้าก็จะมาอยู่เป็นเพื่อนตลอด” (P6)

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อ่อนล้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด เครียด และการลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ (ตาราง 4) กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลว่า มีความต้องการทางเพศทุกวัน แต่ไม่สามารถที่จะมีเพศสัมพันธ์ตามต้องการได้ พยายามอยู่หลายครั้งก็ไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้รู้สึกท้อใจ บางครั้งก็หงุดหงิด แยกตัวออกจากสังคม เมื่อเกิดความเครียด กังวล ส่งผลทำให้นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เวลาบัง (พี่ชาย) ออกไปนั่งร้านน้ำชา กลุ่มเพื่อนๆ ก็จะมีการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ และจะถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของบัง (พี่ชาย) ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ประสิทธิภาพยังเหมือนเดิมไหม มันทำให้เกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย คุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาก็ไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล บางครั้งก็หงุดหงิด รู้สึกว่าการทำหน้าที่และบทบาทของสามีไม่ดี” (P18)

“กังวลกลัวสามีจะทิ้งไป เนื่องจากการทำหน้าที่เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่เหมือนเดิม กลัวเค้าจะเบื่อหน่าย เมื่อกังวล และเครียด ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา บางครั้งทำให้เบื่ออาหาร ไม่อยากทำอะไรเลย” (P21)

จากข้อมูลดังกล่าวอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศ แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด นอนไม่หลับ (เกสร, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล (2559c) ศึกษาในผู้ป่วยชายโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 10 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ มีปัญหาทางใจเกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยรู้สึกท้อเหี่ยวจิตใจ ที่ไม่สามารถทำหน้าที่และบทบาททางสังคมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกรและคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ต้องปรับตัวด้านการแสดงออกทางกาย ได้แก่ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของวิธีการจัดการอาการ

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวไว้ว่า เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ จากทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองขึ้นอยู่กับความรู้หรือประสบการณ์ ความเชื่อและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลที่จะปฏิบัติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะมีความพึงพอใจ จากการศึกษาครั้งนี้วิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดในแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านบุคคล คือ ใช้วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ เช่น การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาด เพื่อทำจิตใจให้สงบ ร้อยละ 91.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 53.8 (ตาราง 5) อธิบายได้ว่า การละหมาดเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญรองลงมาจากการศึกษาตนเองให้เป็นมุสลิมในศาสนาอิสลาม เปรียบเสมือนเสาหลักของศาสนาที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติ การละหมาดวันละ 5 เวลา เป็นการแสดงความจงรักภักดีต่อพระเจ้า สานสายสัมพันธ์ระหว่างบ่าวที่เป็นมุสลิมกับพระเจ้า ได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้า เป็นการชำระล้างบาปและสิ่งไม่ดีออกจากจิตใจ เป็นเกราะช่วยป้องกันจากสิ่งไม่ดีต่าง ๆ (สมาคมคุรุสัมพันธ์อิสลามแห่งประเทศไทย, 2560) นอกจากนี้การละหมาดขอพร เป็นการเพิ่มความเข้มแข็งของสภาพจิตใจ ช่วยผ่อนคลายจากความทุกข์ ความเศร้าต่าง ๆ ก่อให้เกิดความสุข ความสบายใจขึ้น (พงเทพค์และยูซูฟ, 2552) จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า ทุกครั้งที่รู้สึกกังวล หรือเครียดเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ จะละหมาด และขอพรหลังละหมาด เพราะรู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้า และรู้สึกว่าตัวเองมีสมาธิ ไม่ต้องคิดฟุ้งซ่าน และยังทำให้คิดได้ว่า การเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นล้วนเป็นบททดสอบของพระเจ้า เมื่อยอมรับได้ ก็ทำให้จิตใจสงบ ความวิตกกังวล ความเครียดลดลง และสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า เมื่อได้อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ทำให้รู้สึกสบายใจ สามารถลดความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้ อธิบายได้ว่า การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นการเยียวยาจิตใจ คลายความเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด โดยเฉพาะการอ่านอย่างเข้าใจ (พงเทพค์และยูซูฟ, 2552) นอกจากนี้การอ่านคัมภีร์อัลกุรอานในแต่ละวรรคแต่ละตอนพร้อมกับการหายใจเข้าอย่างลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกอย่างช้า ๆ จนจบวรรค จะทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้จิตใจมั่นคง มีความเข้มแข็ง และยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง (เชกกุลอะดิซ, ม.ป.ป) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

กับการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานที่มีผลต่อการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ได้แก่ การศึกษาในประเทศมาเลเซีย ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 202 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ฟังอัลกุรอาน วันละ 30 นาที สามารถลดความเครียดในผู้ป่วยได้ (Shaaban, Daud, A, & Bakar, 2014)

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.6 จะปฏิบัติตามวิธีการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์อยู่ที่บ้าน ซึ่งให้ข้อมูลว่า มันเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน อยู่แล้ว เช่น การละหมาดวันละ 5 เวลา การขอพร หรือแม้แต่การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน รู้สึกว่าอยู่บ้านปลอดภัย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงชอบที่จะปฏิบัติอยู่บ้านมากกว่าที่จะไปปฏิบัติที่อื่น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.4 จะปฏิบัติเป็นเวลาทุกวัน เช่น การละหมาดขอพร ปฏิบัติวันละ 5 เวลา การอ่านคัมภีร์กุรอาน ปฏิบัติหลังละหมาดตอนเช้า (ซุบฮี) และก่อนนอน (อิชา) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.9 ให้เหตุผลว่า ทำแล้วรู้สึกสบายใจ (ตาราง จ2,, ภาคผนวก จ) นอนหลับได้ดีขึ้น บางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า หลังจากละหมาดตอนเช้า (ประมาณ 5.00 น.) อ่านคัมภีร์กุรอานเสร็จจะเดินรอบ ๆ บ้าน วันไหนที่รู้สึกไม่เปลี่ยวมาก จะออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานรอบ ๆ หมู่บ้าน เพราะตอนเช้าอากาศดี รู้สึกปลอดโปร่ง และสดชื่น

2. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสร้างบรรยากาศให้สบาย เหมาะสมกับการนอน และการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.7 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60.5 (ตาราง 5) กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า บรรยากาศความเป็นส่วนตัว และความสะอาดมีส่วนช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ เวลาได้กลิ่นหอมๆ จะมีอารมณ์ทางเพศเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่ศาสนาอิสลามให้ปฏิบัติ คือ การรักษาความสะอาด เนื่องจากความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธา อธิบายได้ว่า การสร้างบรรยากาศ สถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว เป็นสัดส่วนเพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับการถูกขัดจังหวะขณะมีเพศสัมพันธ์ และการดูแลความสะอาดของสถานที่ เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความดึงดูดทางเพศ (สุวทนา, 2550)

3. ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ การล้างไตอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อสุขภาพทางเพศที่ดี ร้อยละ 96.5 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 51.2 (ตาราง 5) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า ก่อนการฟอกไตจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์มาก คือ ความต้องการทางเพศลดลง มีอาการขององคชาตไม่แข็งตัว บางครั้งก็แข็งตัวได้ไม่นาน ทำให้เวลาที่มีเพศสัมพันธ์จะไม่ถึงจุดสุดยอด อาจเนื่องมาจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนอยู่ตลอดเวลา แต่หลังจากมีการฟอกไตอย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่มีอาการดังกล่าว ปัญหาเพศสัมพันธ์ก็ดีขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้มีการ

เปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดการคั่งของเสียในร่างกาย ตลอดจนเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ทำให้มีอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้น (ซ็ชวาล, 2559a) ส่วนการพอกไต เป็นการกำจัดของเสีย สารน้ำและเกลือแร่ที่คั่งอยู่ในร่างกาย ทดแทนการทำงานของไตที่สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้อาการต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยมีอาการสดชื่น มีแรงขึ้น (อรรถพงศ์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศซาอุดีอาระเบีย เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 436 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ มีความต้องการทางเพศลดลง (Almutary, Douglas, & Bonner, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย เกี่ยวกับอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยจากน้ำเกิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกหมดแรง ท้องผูก และนอนไม่หลับ (Brennan, Collett, Josland, & Brown, 2015)

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการพูดคุย ปรับความต้องการด้านเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ร้อยละ 71.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 57.4 (ตาราง 5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.3 ให้ข้อมูลว่า บุคคลที่เข้ามาช่วยเหลือเมื่อมีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น คือ ตัวเองเป็นหลัก โดยวิธีการซักถามจากเพื่อนๆ ที่เป็นโรคไตด้วยกัน เกี่ยวกับปัญหาที่พบ เหมือนกับที่ตัวเองกำลังเผชิญอยู่หรือไม่ และมีวิธีการจัดการอย่างไรบ้าง ส่วนใหญ่ก็จะได้คำตอบว่า มีปัญหาเดียวกัน บางรายไม่กล้าถามจากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ก็จะไปศึกษาจากหนังสือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น รองลงมาจะเป็นคู่สมรส ร้อยละ 77.6 (ตาราง จ2, ภาคผนวก จ) ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ซึ่งคู่สมรสจะรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะมีการพูดคุยกันอยู่ตลอด อธิบายได้ว่า สามีภรรยาในศาสนาอิสลามมีหน้าที่ต้องดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ทอดทิ้งกัน ยิ่งเวลาเจ็บป่วย ต้องดูแลพาไปรับการรักษา (สมาคมครูสัมพันธ์อิสลามแห่งประเทศไทย, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของซ็ชวาล วงศ์สาลี (2559c) ศึกษาในผู้ป่วยชายโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกไตด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 10 ราย ผลการศึกษา พบว่า การพูดคุย ทำความเข้าใจกับคู่สมรส ทำให้เห็นถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และมีการปรับความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ให้ตรงกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะกับการเจ็บป่วย ร้อยละ 70.6 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60 การพักผ่อนให้เพียงพอก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 51.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 47.7 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 49.4 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 52.4 (ตาราง 5) สอดคล้องกับ

การศึกษาของสุกรมและคณะ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวเรื่องเพศสัมพันธ์ด้วยการแสดงออกทางกาย โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การปรับตัวด้านความคิด การใช้สติปัญญา โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การหาความรู้เรื่องเพศจากวารสาร หนังสือพิมพ์ มีการซักถามแพทย์ พยาบาล พ่อแม่ หรือคู่สมรส และจัดการโดยใช้กลไกการจัดการทางอารมณ์ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ดูรายการตลก ทำจิตใจให้สบาย การฝึกสมาธิ และการท่องเที่ยว

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และกลุ่มที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีวิธีการอื่น ๆ ในการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ข้อมูลว่า “บัง (พี่ชาย) หลังฟอกไตจะมีเพศสัมพันธ์ เดือนละ 4-5 ครั้ง มีปัญหาเรื่องการหลั่งอสุจิเร็ว ประมาณ 2-3 ครั้งต่อเดือน ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาล แต่ศึกษาหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต แล้วลองปฏิบัติตาม ซึ่งจะมีหลายวิธี แต่วิธีที่ลองใช้แล้วได้ผล น่าจะการขมิบก้น เป็นการบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเดียวกับเวลาเราเกร็งเพื่อกลั้นปัสสาวะ และอีกวิธีหนึ่งคือการเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ วิธีที่บังเลือกใช้ มันสามารถช่วยบังได้อีกระดับหนึ่ง” (P13)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ว่า “ล้างไตมา 5 ปี ช่วงปีแรก เครียดกับเรื่องเพศสัมพันธ์มาก กลัวสามีจะเบื่อ เพราะไม่มีความรู้เลยว่า ล้างไตแล้วสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ไหม กังวลเรื่องแผลที่หน้าท้องกลัวจะติดเชื้อ ปรึกษาเพื่อนที่ล้างไตด้วยกัน เคื่อก็แนะนำให้พาสามีมาพบกับพี่พยาบาล พี่พยาบาลเคื่อก็แนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเอาน้ำจากช่องท้องออกก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ท่าที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้กระทบต่อแผลบริเวณหน้าท้อง หลังอาบน้ำชำระร่างกาย (อาบน้ำวาญิบ) ต้องรีบทำแผล ไม่ปล่อยให้อับชื้น ตอนนีเรื่องเพศสัมพันธ์ก็ดีขึ้น เมื่อสามีต้องการก็สามารถตอบสนองให้สามีได้ โดยไม่ต้องกังวลเหมือนเมื่อก่อน” (P17)

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวไว้ว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากวิธีการจัดการอาการ ประสพการณ์อาการ สามารถประเมินได้ทั้งหมด 8 ด้าน คือ คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตรา

การเสียชีวิต (mortality) การดูแลตนเอง (self-care) ค่าใช้จ่าย (costs) ภาวะการทำหน้าที่ (function status) ภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status) และสถานะของอาการ (symptom status) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ต้องมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันกับประสบการณ์อาการและวิธีการจัดการอาการ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผลลัพธ์ของประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และวิธีการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 50.6 และกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M=3.95$, $SD=.37$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้นำเอาหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาใช้ในการดำเนินชีวิต การยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยอมรับต่อลิขิตที่พระเจ้ากำหนด และมีความเชื่อว่าพระเจ้าได้กำหนดโชคลาภของแต่ละคนมาแล้ว (สมาคมครูสัมพันธ์อิสลามแห่งประเทศไทย, 2560) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.47) ให้ข้อมูลว่า ป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้ายมาหลายปี แต่ก็ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นปัญหา กลับทำให้ตนเองได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้ามากกว่าเดิม จากเมื่อก่อนทำแต่งงาน น้อยมากที่จะได้อยู่กับศาสนา ไม่ได้อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ไม่ได้ของพร เพราะความเร่งรีบในแต่ละวัน ที่ต้องแข่งขันกับเวลา แต่เมื่อเจ็บป่วยขึ้น ทำให้คิดได้ว่าเป็นบททดสอบของพระเจ้า พระเจ้ายังรักเรา ยังเปิดโอกาสให้ได้อยู่กับพระเจ้า ได้อยู่กับศาสนาต่อไป การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดมา แต่หน้าที่ของเราที่เป็นมุสลิมต้องรับการรักษา เมื่อคิดได้แบบนี้ทำให้รู้สึกสบายใจ ไม่เครียด กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 35.29) ให้ข้อมูลว่า เมื่อก่อนเป็นคนทำงาน มีรายได้ เมื่อเจ็บป่วยขึ้นทำให้ไม่ได้ทำงาน แต่รายได้ก็ยังมีเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน บางครั้งได้จากญาติพี่น้อง จากลูกๆ ทำให้ไม่รู้สึกลำบาก เพราะเชื่อว่าพระเจ้าได้กำหนดโชคลาภของแต่ละคนมาแล้ว เมื่อคิดได้ก็เกิดการปล่อยวาง รู้สึกสบายใจ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า บุคคลในครอบครัวเป็นกำลังใจที่ดีที่สุด ที่ทำให้รู้สึกว่าจะต้องรักษาตัวให้ดี โดยเฉพาะคู่สมรสที่คอยช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งกันเมื่อยามเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต และด้านการรู้คิด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี สำหรับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ด้านจิตวิญญาณ และด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการอาการแสดง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (ตาราง จ4, ภาคผนวก จ) อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 47) มีอายุอยู่ในช่วง 50-65 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.41 ปี (ตาราง 1) ซึ่งอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลาง มีแรงหรือกำลังเพียงพอ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือพึ่งไม่มาก ปรับแบบแผนการใช้ชีวิตและจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ให้ข้อมูลว่า การเจ็บป่วย และการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือการล้างไตทางช่องท้อง วันละ 4 ครั้ง ไม่ได้เป็นอุปสรรคสำหรับตนเองในการเดินทาง ไปเยี่ยมญาติ ไปเที่ยว หรือแม้แต่การเดินทางไปประกอบ

พิธีกรรมทางศาสนาที่มีสยิด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นชะตาที่พระเจ้ากำหนด เมื่อยอมรับทำให้รู้สึกไม่เครียดหรือกังวล หรือรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงจากผลการรักษาที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง หน้าตา สีผิว หรือการมีแผลหรือสายบริเวณหน้าท้อง เส้นเลือดหรือสายพอกเลือด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นหน้าที่ของมุสลิมต้องทำการรักษาให้เต็มที่ เมื่อมีการรักษา อาการต่าง ๆ จากโรคไตเรื้อรังจะดีขึ้น ซึ่งจากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตั้งแต่มีการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ไม่มีอาการหน้ามืด วิงเวียน อาการเหนื่อยง่าย อาการเบื่ออาหาร หรืออาการปวดเมื่อยตามร่างกาย หรือกระดูก ที่รบกวนการดำเนินชีวิตของตนเอง ทำให้ตัวเองไม่พบกับความทุกข์หรือทรมานจากอาการดังกล่าว

ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.56 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาด้วยตัวเอง (วรรณมงคล, สิริภา, จิรายุทธ, ชญาณิช, และธนทรัพย์, 2559) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาของจำรัสและคณะ (2560) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 48 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 57 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพอกไตทั้งสองวิธี ต้องได้รับการพอกไตบ่อยครั้ง และระยะเวลาที่ใช้เวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคม ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น อีกทั้งยังต้องพึ่งพาญาติในการไปรับส่งเมื่อไปโรงพยาบาล หรือการช่วยล้างไตทางช่องท้อง และตัวของกลุ่มตัวอย่างเองมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ง่ายต่อการติดเชื้อ จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนอย่างเดิม ส่วนการศึกษาของวิรัตน์ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 144 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายที่ลดลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ และมีประวัติการติดเชื้อในช่องท้อง ดังนั้นจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p=.10$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การพูดคุย สร้างความเข้าใจกับคู่สมรส การแสดงออกด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การพูดคำว่ารัก การกอด การจัดมือ การสร้างแรงดึงดูดจากคู่สมรส เช่น การแต่งกายที่สะอาด มีกลิ่นหอม ดูแลสุขภาพปากและฟัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที การได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต และการพูดคุยสร้างความเข้าใจกับคู่สมรส ซึ่งการพูดคุยสร้างความเข้าใจกับคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มองว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะช่วยลดปัญหาการแตกแยกภายในครอบครัว การหย่าร้างขึ้น และมองว่านอกจากเรื่องเพศสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสมีเรื่องอื่นต้องช่วยกันดูแลและรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดูลูก การหารายได้มาใช้ในชีวิตประจำวัน แม้กระทั่งการหาเงินเพื่อเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงมองว่าเรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ใช่ทุกสิ่งของการเป็นครอบครัว นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้นำหลักการทางศาสนามาใช้ในการจัดการกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการละหมาด การขอพร และการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน และได้นำหลักการเกี่ยวกับ การยอมรับลิขิต ชะตาที่พระเจ้ากำหนด การเจ็บป่วยหรืออาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นล้วนเป็นบททดสอบของพระเจ้า ทำให้เกิดความสบายใจ ไม่กังวล จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 59 ราย และได้รับการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 7 ราย เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=.02, p=0.8$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายได้มีการพูดคุย ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ และกับแพทย์นรีเวช ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้รับการจัดการแก้ไข (Seethala et al., 2010) นอกจากนี้ การศึกษาของอาซเวโดและคณะ (Azevedo et al., 2014) เกี่ยวกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในประเทศโปรตุเกส จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 57 ราย เพศหญิง จำนวน 28 ราย และเพศชาย จำนวน 29 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของเพศชายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากกลุ่ม

ตัวอย่างเพศชายมีวิธีการจัดการกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าเพศหญิง เช่น การเข้ารับการรักษา การปรึกษาที่มสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าสายบริเวณหน้าท้องไม่ได้เป็นอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ คิดว่าสายสวนที่หน้าท้องเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาของณัฐยาและคณะ (2558) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่า การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=.03, p>.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายสร้างความเข้าใจ ผิดคย ปัญหาที่เกิดขึ้นกับคู่สมรส ทำให้ปัญหาการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ดีขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษาคั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาของซานโตสและคณะ (Santos et al., 2012) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ในประเทศบราซิล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.32, p=.01$) หมายความว่า คุณภาพชีวิตไม่ดีทำให้การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ดีด้วย ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทำได้ไม่เต็มที่ จากภาวะที่มีความเจ็บปวด ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการอ่อนเพลีย จากภาวะซีดที่ไม่ได้รับการแก้ไข (ค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริต 9.5 g/dl) ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ไม่ดี และการศึกษาของยาซิคิและคณะ (Yazici et al., 2009) ศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในประเทศตุรกี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 85 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=-.46, p<.001$) จากการศึกษาดังกล่าวผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ได้เต็มที่ และไม่มีการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ จะเห็นว่าการศึกษาของซานโตสและคณะ (Santos et al., 2012) และการศึกษาของยาซิคิและคณะ (Yazici et al., 2009) มีความแตกต่างจากผลการศึกษาคั้งนี้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีวิธีการจัดการกับความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นที่หลากหลายตามบริบทของมุสลิม และการนำเอาหลักศาสนามาประยุกต์ใช้ในการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการนำมาใช้ในการดำเนินชีวิต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 85 ราย ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 7 โรงพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (3) แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (4) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (5) แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และ (6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต ได้เท่ากับ .74, .70, .83, .73, .70 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติบรรยาย และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันในการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 มีอายุอยู่ระหว่าง 28-81 ปี ($M=51.41, SD=11$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 47 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 54.1 บำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 65.9 การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 34.1 ได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลามากกว่า 36 เดือน ร้อยละ 51.8 โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 รองลงมา คือ โรคโลหิตจาง ร้อยละ 81.2 รับประทานโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.9 รองลงมา คือ ยาบำรุงเลือด ร้อยละ 87.1 และความบ่อยครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้งต่อเดือน

2. กลุ่มตัวอย่างมีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมา คือ ไม่มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 41.2 และพบว่า ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M=45.42, SD=5.94$)

2.1 โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด คือ อาการความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 56.5 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 และรู้สึกว่าไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 29.2 รองลงมามีอาการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ ร้อยละ 48.2 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.7 และมีความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.3 เมื่อแบ่งอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ตามเพศ พบว่า เพศชายมีอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ที่พบมากที่สุด คือ อาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ ร้อยละ 45.9 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 30.8 รองลงมามีอาการขององคชาติแข็งตัวได้ไม่นานพอเมื่อมีการสอดใส่ ร้อยละ 45.9 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 33.3 สำหรับเพศหญิงอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด คือ ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดหรือมีน้อยมากขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.8 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และรู้สึกว่าไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 30 รองลงมามีอาการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศหรือช่องท้องส่วนล่างเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.9 มีความรู้สึกว่าการดังกล่าวมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40 มีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40

2.2 มีการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ด้านร่างกาย คือ เมื่อยล้าหรืออ่อนล้า ร้อยละ 30.6 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ

61.5 รองลงมา คือ นอนไม่หลับหรือหลับยาก ร้อยละ 18.8 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 59.6 ด้านจิตใจ คือ หงุดหงิด ร้อยละ 35.3 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ เครียด ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 68.4 และด้านพฤติกรรม คือ การลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.7 ความถี่ของการเกิดอาการ 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 52.6 รองลงมา คือ เกิดความไม่มั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 14.1 ความถี่ของการเกิดอาการ 2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 25 ความถี่ของการเกิดอาการ 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 25

3. วิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างใช้ด้านบุคคล คือ ใช้วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาด การขอพร เพื่อทำจิตใจให้สงบ ร้อยละ 91.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ การดูแลด้านสุขอนามัย สุขภาพปากและฟัน การแต่งกายที่สะอาด เพื่อดึงดูดความสนใจจากคู่สมรส ร้อยละ 71.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 65.6 การพูดคุยกับคู่สมรสในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ ร้อยละ 71.8 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 57.4 ด้านสิ่งแวดล้อม คือ สร้างบรรยากาศให้สบาย เหมาะสมกับการนอนและการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.7 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60.5 รองลงมา คือ เปลี่ยนสถานที่เพื่อสร้างบรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.3 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 63.3 และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ การล้างไตอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 96.5 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต ร้อยละ 70.6 ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติ คือ ได้ผลมาก ร้อยละ 60

4. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 50.6 และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M=3.95, SD=.37$)

5. การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p=.10$)

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ข้อจำกัดในงานวิจัย มีดังนี้

1. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 1 เดือน อาจมีผลต่อประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และความรุนแรงของอาการในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

2. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ อาจเป็นเครื่องมือที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เนื่องจากปัญหาด้านเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน กลุ่มผู้ป่วยมุสลิมไม่กล้าที่จะเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงควรมีการประเมินการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยทุกราย ควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่กล้าที่ปรึกษาแพทย์ พยาบาลควรเป็นตัวแทนในการประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลในการช่วยเหลือในด้านของความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.2 พยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาล ให้ความช่วยเหลือจัดการอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมการจัดการอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ตามบริบทของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติแล้วมีประสิทธิภาพต่อการจัดการมากหรือมากที่สุด ซึ่งต้องไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย หรือเพิ่มความรุนแรงของโรคขึ้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องกับผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิต

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมุสลิมเพศชายกับผู้ป่วยมุสลิมเพศหญิงที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิต

2.3 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน

2.4 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของมุสลิม

2.5 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส

3. ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยครั้งนี้ อัจฉนาข้อมูลดังกล่าวไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการอบรมแก่พยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแล ช่วยเหลือ เกี่ยวกับอาการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยใช้วิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ ปานแพ, อรวมน ศรียุคตศุท, และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2554). ประสบการณ์การมี
อาการเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 59-66.
- กัณฑพร ยอดไชย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคไตเรื้อรัง. ใน *เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท
และรัตใจ เวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เล่ม 2*. สงขลา:
นีโอพ้อยท์.
- กานต์ จำรูญโรจน์, และพิชญา กุศลารักษ์. (2558). ความผิดปกติทางเพศ. ใน *มาโนช หล่อตระกูลและ
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 300-315)*.
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกสร พรหมเหล็ก. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาาระบบสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์. ใน *เพลินพิศ
ฐานิวัฒนานนท และรัตใจ เวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1
เล่ม 2*. สงขลา: นีโอพ้อยท์.
- ชนิษฐา หอมจิ้น. (2552). *ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตฉบับ
ย่อภาษาไทย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จรัส สารระขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเปียด, และมาลี มีแป้น. (2560).
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
จันทบุรี*, 28(2), 153-164.
- จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน *ประชุม สร้อยวงค์
(บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ (หน้า 201-207)*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จีริสุตา คำสีเขียว. (2557). Avanafil: ยาใหม่ในกลุ่ม Phosphodiesterase-5 Inhibitors. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,
29(3), 311-320.
- จุฑามาศ เทียนสอาด, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และนพวรรณ พิณจจรเดช. (2560). การรับรู้ความทุกข์
ทรมานจากอาการภาวะค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 23(1), 60-77.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559a). *การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ*.
กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

- ซัชวาล วงศ์สารี. (2559b). โรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(2), 133-139.
- ซัชวาล วงศ์สารี. (2559c). ประสบการณ์การรับรู้และจัดการปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเพศชายโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 55-67.
- เชคกุลชะดิช เมาลานา มูฮัมมัด ชะการียา. (ม.ป.ป). คุณค่าของอามัล. กรุงเทพมหานคร: ส.วงศ์เสงี่ยม.
- เชคมุฮัมหมัด ซอแหละ อัลมูญุดยิด. (2561). *การมีเพศสัมพันธ์ในอิสลาม* (อับดุลวาเอต สุกนธา, ผู้แปล). ค้นจาก <http://www.islammore.com/view/4194>
- ณัญญา ประหา, อรวมน ศรียุกตศุทธ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และนพพร ว่องสิริมาศ. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(4), 27-39.
- ดวงรัตน์ มนไธสง. (2553). *ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นพวรรณ พุกพบสุข, อรสา พันธุ์ภักดี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษร, และอติพรอิงค์สาธิต. (2555). การพัฒนาและคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วย Dialysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(2), 154-168.
- ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ, และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2557). ปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 29(4), 92-104.
- นาริลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิภา อัยยสานนท์. (2552). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2555). Chronic Kidney Disease. ใน บัญชา สติรพจน์, ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจนกุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, อุภัมภ์ ศุภสินธุ์, พรรณนบุผา ชูวิเชียร, และอุษณา ลูวีระ (บรรณาธิการ), *Essential Nephrology* (หน้า 375-399). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และนพพร ว่องสิริมาศ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(3). 37-48.
- พงเทพค์ สุธีรัฐดี, และยูซูฟ นิมะ. (2552). *การจัดการบริการสุขภาพ ตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย: วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.
- พัชรารัตน์ วงศ์ชาบุตร, วรภา ประไพพานิช, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 6-15.
- พัชรภา บรรจงเก็บ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วินัส ลีพกุล, และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(4), 57-67.
- มุหัมมัด อัดดะอ์ญีรี. (2552). *สิทธิของสามีและภรรยา*. ค้นจาก <https://islamhouse.com/th/articles/209070/>
- ยูซูฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วณิช่า พิงชมพู่. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์บริหารงานวิจัย.
- วรรณมงคล เชื่อมงคล, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, จิรายุทธ จันทร์มา, ชญานิศ บุญนาคักดี, และธนทรัพย์ ลีลาทรัพย์วงศ์. (2559). ความรู้ในการดูแลตัวเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 47-58.
- วิรัตน์ ศรีทองแท้. (2556). *การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี.

- วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2558). โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease). ใน ชุขณา สวนกระต่าย, นภชาญ เอื้อประเสริฐ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, และกมลวรรณ จุติวรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 1-2* (หน้า 630-654). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร ลินธุ์, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, และอรอมน ศรียุกตศุทธ. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเคร้าในผู้สูงอายุที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(3), 84-92.
- สมาคมคุรุสัมพันธ์อิสลามแห่งประเทศไทย. (2560). *หนังสือเรียนศาสนาอิสลาม ตามหลักสูตรการศึกษาศาสนาอิสลามภาคบังคับ ระดับพื้นฐาน (ฟิรคูนัน)*. นนทบุรี: สมาคมคุรุสัมพันธ์อิสลามแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). *ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557*. ค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/nephrothai/know/hd_guidelines_2557.pdf
- สุธาสินี วีระเดชะ. (2554). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุกร บุขปนนิช, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และวิภาวี คงอินทร์. (2549). เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและคู่สมรสในภาคใต้. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 72-80.
- สุมาลี สวยสอาด. (2555). *เพศศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: วี.พริ้นท์ (1991).
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. ค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- สุวัฒนา อารีพรรค. (2550). *เรียนรู้เรื่องเพศกับคุณหมอ (ภาค 2)*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. (2556). โรคไตเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 446-460). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- อรอมน ศรียุกตศุทธ, นพพร ว่องสิริมาศ, ญญา ประหา, และประพัฒน์สินี ประไพวงษ์. (2560). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้หญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 72-84.
- อรุณศรี เตชสังข์. (2556). ความผิดปกติในการทำงานของไต. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, อรุณศรี เตชสังข์, และสุภามาศ ผาติประจักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 162-194). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

- อามีน บินอับดุลลอฮ์ อัช-ชะกอวีย์. (2557). *การครองชีวิตคู่* (ฟารีด พุกมะหะหมัด, ผู้แปล). ค้นจาก <https://islamhouse.com/th/articles/453024/>
- อาร์มภ์ ทักษุทรเดชากร, และชัยเลิศ พงษ์นริศร. (2559). *ความบกพร่องทางเพศของผู้หญิง (Female Sexual Dysfunction)*. ค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1262:female-sexual-dysfunction&catid=45&Itemid=561
- อุทุมพร ขำคม, นันทิยา วัฒมาญ, และดวงใจ รัตนธัญญา. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(2), 60-71.
- อุษณา ลุวีระ. (2555). Renal Replacement Therapy in Thailand. ใน บัญชา สติรพจน์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจกุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, อุภัมภ์ ศุภสินธุ์, พรรณบุปผา ชูวิเชียร, และอุษณา ลุวีระ (บรรณาธิการ), *Essential Nephrology* (หน้า 416-425). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- Almutary, H., Douglas, C., & Bonner, A. (2016). Multidimensional symptom clusters: an exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2389-2400.
- Azevedo, P., Santos, R., Durães, J., Santos, O., Carvalho, M. J., Cabrita, A., & Rodrigues, A. (2014). Sexual dysfunction in men and women on peritoneal dialysis: Differential link with metabolic factors and quality of life perception. *Nefrología*, 34(6), 703-709.
- Brennan, F., Collett, G., Josland, E. A., & Brown, M. A. (2015). The symptoms of patients with CKD stage 5 managed without dialysis. *Progress in Palliative Care*, 23(5), 267-273.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*: Russell Sage Foundation.
- Cangüven, Ö., Aykose, G., Albayrak, S., Goktas, C., Horuz, R., & Yencilek, F. (2010). Efficacy of testosterone gel in the treatment of erectile dysfunction in hypogonadal hemodialysis patients: a pilot study. *International Journal of Impotence Research*, 22(2), 140-145.
- Cao, X., Tian, L., & Lin, C. (2017). Symptom clusters in patients receiving hemodialysis: a systematic review of observational studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(18), 2545-2557.

- Collaborative, D., Vecchio, M., Palmer, S., De Berardis, G., Craig, J., Johnson, D., . . . Saglimbene, V. (2012). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in men on chronic haemodialysis: a multinational cross-sectional study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of The European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 27(6), 2479-2488.
- Costa, M. R., Ponciano, V. C., Costa, T. R., de Oliveira, A. M., Gomes, C. P., & de Oliveira, E. C. (2017). Prevalence and factors associated with erectile dysfunction in patients with chronic kidney disease on conservative treatment. *International Journal of Impotence Research*, 29(6), 219-224.
- Costa, M. R., Reis, A. M. B., Pereira, B. P., Ponciano, V. C., & Oliveira, E. C. D. (2014). Associated factors and prevalence of erectile dysfunction in hemodialysis patients. *International Brazilian Journal Urology*, 40(1), 44-55. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2014.01.07
- Delmas, P., Cohen, C., Loisel, M.-C., Antonini, M., Pasquier, J., & Burnier, M. (2018). Symptoms and quality of life from patients undergoing hemodialysis in Switzerland. *Clinical Nursing Studies*, 6(2), 63-72.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Edey, M. M. (2017). Male sexual dysfunction and chronic kidney disease. *Frontiers in Medicine*, 4(32), 1-10.
- El-Assmy, A. (2012). Erectile dysfunction in hemodialysis: A systematic review. *World Journal of Nephrology*, 1(6), 160-165.
- Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive Medicine*, 30(4), 328-338.
- Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3), 293-304.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation Journal*, 63(2), 56-59.

- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Heinemann, L. A., Potthoff, P., Heinemann, K., Pauls, A., Ahlers, C. J., & Saad, F. (2005). Scale for Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders?. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 82-95.
- Jalali, G. R., Roozbeh, J., Mohammadzadeh, A., Sharifian, M., Sagheb, M. M., Jahromi, A. H., . . . Afshariani, R. (2010). Impact of oral zinc therapy on the level of sex hormones in male patients on hemodialysis. *Renal Failure*, 32(4), 417-419.
- Karim, F. H., & Malik, A. S. (2014). Erectile dysfunction in haemodialysis patients in Al-Imamain Al-Kadhemain Medical City and Al-Kindy Teaching Hospitals. *Iraqi Journal of Medical Sciences*, 12(3), 222-229.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2012). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 5-14.
- Kongkanand, A., Ratana-Olarn, K., Ruangdilokrat, S., & Tantiwong, A. (2003). The efficacy and safety of oral sildenafil in Thai men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet*, 86(3), 195-205.
- Kurtulus, F. O., Salman, M. Y., Fazlioglu, A., & Fazlioglu, B. (2017). Effects of renal transplantation on female sexual dysfunction: comparative study with hemodialysis and a control group. *In Transplantation Proceedings*, 49(9), 2099-2104.
- Lai, C.-F., Wang, Y.-T., Hung, K.-Y., Peng, Y.-S., Lien, Y.-R., Wu, M.-S., . . . Shiah, C.-J. (2007). Sexual dysfunction in peritoneal dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 27(6), 615-621.
- Lin, Y.-H., Yang, Y., Chen, S.-Y., Chang, C.-C., Chiu, P.-F., & Huang, C.-Y. (2011). The depression status of patients with end-stage renal disease in different renal replacement therapies. *International Journal of Urological Nursing*, 5(1), 14-20.
- Lo, W. K. (2016). Metabolic syndrome and obesity in peritoneal dialysis. *Kidney Research and Clinical Practice*, 35(1), 10-14.

- Manolis, A., & Doumas, M. (2008). Sexual dysfunction: the 'prima ballerina' of hypertension-related quality-of-life complications. *Journal of Hypertension*, 26(11), 2074-2084.
- Mashahit, M., Raheem, T. A., El Amawy, T., & El, A. (2014). Erectile dysfunction in hemodialysis patients in Fayoum (Egypt). *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 17(2), 214-223.
- Messina, L. E., Claro, J. A., Archimedes, N., Andrade, E., Ortiz, V., & Srougi, M. (2007). Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure. *International Brazilian Journal Urology*, 33(5), 673-678.
- National Kidney Foundation. (2015). *Hemodialysis*. Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis>
- National Kidney Foundation. (2017). *Peritoneal Dialysis: What You Need to Know*. Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/peritoneal>
- Navaneethan, S. D., Vecchio, M., Johnson, D. W., Saglimbene, V., Graziano, G., Pellegrini, F., . . . Gentile, G. (2010). Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 56(4), 670-685.
- Nishida, H., Yamagishi, A., Sakurai, T., Shibasaki, T., Kawazoe, H., Ichiyanagi, O., . . . Tsuchiya, N. (2016). Risk factors for erectile dysfunction in end-stage renal disease patients with short-or long-term hemodialysis therapy. *Renal Replacement Therapy*, 2(1), 1-5.
- Oranratanaphan, S., & Taneepanichskul, S. (2006). A double blind randomized control trial, comparing effect of drospirenone and gestodene to sexual desire and libido. *Journal of Medical Association Thailand*, 89(Suppl 4), 17-22.
- Palmer, B. F., & Clegg, D. J. (2017). Gonadal dysfunction in chronic kidney disease. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 18(1), 117-130.
- Papadopoulou, E., Varouktsi, A., Lazaridis, A., Boutari, C., & Doumas, M. (2015). Erectile dysfunction in chronic kidney disease: From pathophysiology to management. *World Journal of Nephrology*, 4(3), 379-387.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quantrill, S. J., Woodhead, M. A., Bell, C. E., Hutchison, A. J., & Gokal, R. (2001). Peritoneal tuberculosis in patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *16*(5), 1024-1027.
- Ram, R., Swarnalatha, G., Rao, C. S. S., Naidu, G. D., Sriram, S., & Dakshinamurthy, K. V. (2014). Risk factors that determine removal of the catheter in bacterial peritonitis in peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, *34*(2), 239-243.
- Rosas, S. E., Joffe, M., Franklin, E., Strom, B. L., Kotzker, W., Brensing, C., . . . Feldman, H. I. (2001). Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney International*, *59*(6), 2259-2266.
- Rosen, C. B., J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(2), 191-208.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, *49*(6), 822-830.
- Santos, P. R., Júnior, J. R. F. G. C., Cavalcanti, J. U., Vieira, C. B., Rocha, A. R. M., Apolônio, N. A. M., & de Oliveira, E. B. (2012). Quality of life among women with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 1-5.
- Seethala, S., Hess, R., Bossola, M., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2010). Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International*, *14*(1), 55-60.
- Shaaban, J., Daud, N., A, K., & Bakar, M. (2014). The effect of listening to Al-Quran recitation among uncontrolled hypertensive patient attending primary care clinic, Hospital Universiti Sains Malaysia. *Malaysian Family Physician*, *11*(1), 4-10.
- Sharma, S., & Kumar, S. (2016). Sexual Dysfunctions and Sexual Disorders Issues and Management. *International Journal of Multidisciplinary and Current research*, *(4)*, 641-645..

- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299-310.
- Stuart, S., Booth, T. C., Cash, C. J., Hameeduddin, A., Goode, J. A., Harvey, C., & Malhotra, A. (2009). Complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Radiographics, 29*(2), 441-460.
- Suzuki, E., Nishimatsu, H., Oba, S., Takahashi, M., & Homma, Y. (2014). Chronic kidney disease and erectile dysfunction. *World Journal of Nephrology, 3*(4), 220-229.
- Tannor, E. K., Archer, E., Kapembwa, K., Van Schalkwyk, S. C., & Davids, M. R. (2017). Quality of life in patients on chronic dialysis in South Africa: a comparative mixed methods study. *BMC Nephrology, 18*(1), 1-9.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine, 334*(13), 835-840.
- Vaičiniene, R., Kuzminskis, V., Žiginskienė, E., & Petruilien, K. (2010). Risk factors for cardiovascular hospitalization in hemodialysis patients. *Medicina, 46*(8), 544-549.
- Vecchio, M., Navaneethan, S. D., Johnson, D. W., Lucisano, G., Graziano, G., Querques, M., . . . Jannini, E. A. (2010). Treatment options for sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology, 5*(6), 985-995.
- Walton, B. (2015). Chronic kidney diseases: stages and nursing care. *Ohio Nurses Review Journal, 8*(3), 5-11.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL - MEASURING QUALITY OF LIFE* Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wu, F., Cui, L., Gao, X., Zhou, H., Yang, M., Pan, J., . . . Zou, Y. (2013). Quality of life in peritoneal and hemodialysis patients in China. *Renal failure, 35*(4), 456-459.
- Yavuz, D., Acar, F. N., Yavuz, R., Canoz, M. B., Altunoglu, A., Sezer, S., & Durukan, E. (2013). Male sexual function in patients receiving different types of renal replacement therapy. *Transplantation Proceedings, 45*(10), 3494-3497. doi:10.1016/j.transproceed.2013.09.025

- Yazici, R., Altintepe, L., Guney, I., Yeksan, M., Atalay, H., Turk, S., . . . Selcuk, N. Y. (2009). Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Renal Failure, 31*(5), 360-364.
- Ye, H., Chen, W., Cao, P., Lin, X., Zhang, X., Xu, F., . . . Yang, X. (2015). Prevalence of erectile dysfunction and its association with residual renal function in Chinese peritoneal dialysis patients. *International Urology and Nephrology, 47*(2), 383-389.
- Yu, I.-C., Huang, J.-Y., & Tsai, Y.-F. (2012). Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Applied Nursing Research, 25*(3), 190-196.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*(7), 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
มุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย
มุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการจัดการความบกพร่องการหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิม
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. อาชีพ

1. ข้าราชการ 2. เกษตรกรรม
 3. ธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้าง
 5. ค้าขาย 6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. รายได้

1. ไม่มีรายได้ 2. 1,000-5,000 บาท
 3. 5,001-10,000 บาท 4. มากกว่า 10,000 บาท

5. สิทธิในการรักษา

1. เบิกได้กรมบัญชีกลาง 2. เบิกได้รัฐวิสาหกิจ
 3. ประกันสังคม 4. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 5. จ่ายเอง 6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. ปัจจุบันท่านใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตแบบใด

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 2. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

7. ท่านได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลา.....

8. โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

1. โรคเบาหวาน
 2. โรคความดันโลหิตสูง
 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

9. ยาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน

1. ยากล่อมประสาท/ยากลายเครียด/ยาด้านซึมเศร้า
(โปรดระบุ).....

2. ยาด้านความดันโลหิตสูง
(โปรดระบุ).....

3. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

10. ในระยะเวลา 1 เดือน ท่านมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งแค่ไหน.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านเพศของตัวท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับของการทำหน้าที่ทางเพศ				
		ไม่เคย	ใช้เล็กน้อย	ใช้ปานกลาง	ใช้มาก	ใช้อย่างยิ่ง
1.	ท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ ใช้หรือไม่					
2.	ท่านมีปัญหาเกิดขึ้นในขณะมีเพศสัมพันธ์ ใช้หรือไม่ (ผู้หญิง) มีอาการเจ็บปวดบริเวณช่องคลอด ไม่มีน้ำหล่อลื่นบริเวณช่องคลอด ไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ หรือปัญหาอื่น ๆ					
	(ผู้ชาย) องคชาตไม่แข็งตัว มีการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป ไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ หรือปัญหาอื่น ๆ					
3.	ท่านชอบที่จะมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้ง ใช้หรือไม่					
4.	ท่านมีความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ลดลง ใช้หรือไม่					
5.	ท่านมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อย ๆ ใช้หรือไม่					
6.	บางครั้งท่านปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสถึงแม้จะมีความต้องการทางเพศ ใช้หรือไม่					
7.	อวัยวะเพศของท่านมีการตอบสนองต่อความความต้องการทางเพศใช้หรือไม่					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับของการทำหน้าที่ทางเพศ				
		ไม่เลย	ใช้เล็กน้อย	ใช้ปานกลาง	ใช้มาก	ใช้อย่างยิ่ง
8.	ท่านเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์กับ คู่สมรสใช่หรือไม่					
9.	ท่านมีการตื่นตัวทางเพศอย่างมากในระยะก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่					
10.	ท่านรู้สึกมีความสุขกับการตื่นตัวทางเพศที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่					
11.	(ผู้หญิง) ท่านมีน้ำหล่อลื่นเพียงพอระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมดใช่หรือไม่					
	(ผู้ชาย) เมื่อท่านมีความรู้สึกตื่นตัว หรือความต้องการทางเพศจะมีน้ำหล่อลื่นออกมาบริเวณปลายอวัยวะเพศใช่หรือไม่					
12.	ท่านมีความพึงพอใจอย่างยิ่งเมื่อถึงจุดสุดยอดในขณะมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

คำชี้แจง ข้อความที่จะถามท่านต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ขอให้ท่านตอบความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการที่ถามหรือไม่ ถ้าไม่มีไม่ต้องประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการในข้อนั้น แต่ถ้ามีอาการนั้น ให้บอกว่าอาการแต่ละอาการมีความถี่และความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด ตามวิธีการประเมินที่ให้ไว้ คำตอบที่ท่านให้มาจะไม่มีคะแนนให้ท่านว่าตอบถูกหรือผิด แต่จะเป็นค่าคะแนนที่เกิดจากความรู้สึกของท่านจริง ๆ

โปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริงโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เพื่อต้องการทราบอาการ ความถี่ ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่เป็นจริงของท่าน ดังนี้

ความถี่ของอาการ

1	หมายถึง	1 ครั้ง/เดือน
2	หมายถึง	2 ครั้ง/เดือน
3	หมายถึง	3 ครั้งขึ้นไป/เดือน

ความรุนแรงของอาการ

0	หมายถึง	ไม่มีอาการรุนแรง
1	หมายถึง	มีความรุนแรงน้อย
2	หมายถึง	มีความรุนแรงปานกลาง
3	หมายถึง	มีความรุนแรงมาก
4	หมายถึง	มีความรุนแรงมากที่สุด

หมายเหตุ

ผู้ชาย ตอบอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ข้อ 1-9 และ 12

ผู้หญิง ตอบอาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ข้อ 7-12

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง: ข้อความที่จะถามท่านต่อไปนี้เป็นคำถามพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ขอให้ท่านตอบความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีพฤติกรรมตอบสนองที่ถามหรือไม่ ถ้าไม่เคยไม่ต้องประเมินความถี่ของพฤติกรรมในข้อนั้น แต่ถ้าเคยมีพฤติกรรมตอบสนองนั้น ให้บอกพฤติกรรมดังกล่าวมีความถี่ต่อท่านมากน้อยเพียงใด ตามวิธีการประเมินที่ให้ไว้ คำตอบที่ท่านให้มาจะไม่มีคะแนนให้ท่านว่าตอบถูกหรือผิด แต่จะเป็นค่าคะแนนที่เกิดจากรู้สึกของท่านจริง

โปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริงโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมตอบสนอง ความถี่ ของพฤติกรรมที่มีและเกิดขึ้นกับท่าน

ข้อที่	พฤติกรรมตอบสนอง	ไม่เคย	เคย	ความถี่ของการเกิด/เดือน		
				1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้งขึ้นไป
		(0)	(1)	(1)	(2)	(3)
ด้านร่างกาย						
1.	เบื่ออาหาร					
2.	เมื่อยล้าหรืออ่อนล้า					
3.	นอนไม่หลับหรือหลับยาก					
ด้านจิตใจ						
4.	รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง					
5.	รู้สึกเป็นปมด้อย					
6.	หมดกำลังใจหรือหดหู่					
7.	กังวลหรือซีมิเศร้า					
8.	เครียด					
9.	หงุดหงิด					
ด้านพฤติกรรม						
10.	การลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์					
11.	เกิดความไม่มั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์					

ข้อที่	พฤติกรรมการตอบสนอง	ไม่เคย (0)	เคย (1)	ความถี่ของการเกิด/เดือน		
				1 ครั้ง (1)	2 ครั้ง (2)	3 ครั้งขึ้นไป (3)
12.	เก็บตัว ไม่เข้าสังคมหรือไม่อยาก พบปะกับบุคคลอื่น					
	ท่านมีการตอบสนองต่ออาการ ความบกพร่องการทำหน้าที่ด้าน เพศสัมพันธ์อื่น ๆ โปรดระบุ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการอาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับวิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และประสิทธิภาพของวิธีที่ปฏิบัติ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องวิธีการจัดการอาการที่ท่านได้ปฏิบัติจริง

ข้อ ที่	วิธีการจัดการความบกพร่องการทำ หน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ		ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการ อาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการ ทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์				
		ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ (1)	ไม่ได้ผลเลย (1)	ได้ผลเล็กน้อย (2)	ได้ผลปานกลาง (3)	ได้ผลมาก (4)	ได้ผลมากที่สุด (5)
ด้านบุคคล								
1.	ท่านพูดคุยกับคู่สมรสในเรื่องการมี เพศสัมพันธ์ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ							
2.	ท่านแสดงออกด้วยวิธีการอื่น ๆ นอกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การกอด การจับมือ พูดคำว่ารัก							
3.	ท่านสร้างแรงดึงดูดซึ่งกันและกัน เช่น การอาบน้ำด้วยกัน การนวดตัว ด้วยกัน							
4.	ท่านดูแลด้านสุขอนามัย สุขภาพ ปากและฟัน การแต่งกายที่สะอาด เพื่อดึงดูดความสนใจจากคู่สมรส							
5.	ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังจากได้รับการ พักผ่อนอย่างเพียงพอแล้ว							

ข้อ ที่	วิธีการจัดการความบกพร่องการทำ หน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ		ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการ อาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการ ทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์				
		ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ (1)	ไม่ได้ผลเลย (1)	ได้ผลเล็กน้อย (2)	ได้ผลปานกลาง (3)	ได้ผลมาก (4)	ได้ผลมากที่สุด (5)
6.	ท่านสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง							
7.	ท่านจินตนาการเพื่อให้เกิดความรู้สึก ทางเพศ							
8.	ท่านรับประทานยาสมุนไพรเพื่อช่วย กระตุ้นความต้องการทางเพศ (ระบุ.....)							
9.	ท่านรับประทานยาแผนปัจจุบันเพื่อ ช่วยกระตุ้นความต้องการทางเพศ (ระบุ.....)							
10.	ท่านใช้วิธีการคลายเครียดต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์กุรอาน การ ละหมาด เพื่อทำจิตใจให้สงบ							
ด้านสิ่งแวดล้อม								
11.	ท่านสร้างบรรยากาศให้สบาย เหมาะสมกับการนอนและการมี เพศสัมพันธ์							
12.	ท่านมีการเปลี่ยนสถานที่เพื่อสร้าง บรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์							

ข้อ ที่	วิธีการจัดการความบกพร่องการทำ หน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์	การปฏิบัติ		ประสิทธิภาพเมื่อปฏิบัติวิธีการจัดการ อาการดังกล่าวต่อความบกพร่องการ ทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์				
		ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ (1)	ไม่ได้ผลเลย (1)	ได้ผลเล็กน้อย (2)	ได้ผลปานกลาง (3)	ได้ผลมาก (4)	ได้ผลมากที่สุด (5)
ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย								
13.	ท่านปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เมื่อเกิดปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์							
14.	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้ ร่างกายแข็งแรง มีความพร้อมในการ มีเพศสัมพันธ์							
15.	ท่านได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อสุขภาพทางเพศที่ดี							
16.	ท่านหมั่นออกกำลังกายให้ได้ 3 วัน ต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลาในการออก กำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เพื่อให้สุขภาพทางเพศแข็งแรง							
	การจัดการด้วยวิธีอื่น ๆ (โปรดระบุ).....							

องค์ประกอบในการจัดการอาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เหตุผลในการเลือกปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

<input type="checkbox"/> 1. คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย	<input type="checkbox"/> 2. ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น
<input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (ระบุ).....	
2. ใครเข้ามาช่วยเหลือท่าน เมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

<input type="checkbox"/> 1. ตนเอง (ผู้ป่วยเอง)	<input type="checkbox"/> 2.ญาติ
<input type="checkbox"/> 3. คู่สมรส	<input type="checkbox"/> 4. เพื่อน/เพื่อนบ้าน
<input type="checkbox"/> 5. พยาบาล/แพทย์	
<input type="checkbox"/> 6. บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....	
3. เวลาที่ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

<input type="checkbox"/> 1. ปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน (ระบุช่วงเวลา).....
<input type="checkbox"/> 2. ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกมีอาการผิดปกติ
<input type="checkbox"/> 3. ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน
<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. สถานที่ใช้ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

<input type="checkbox"/> 1. บ้าน
<input type="checkbox"/> 2. โรงพยาบาล
<input type="checkbox"/> 3. คลินิก
<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง: กรุณาพิจารณาข้อความเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความรู้สึก ประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาแล้ว

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง ตรงกับท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลข คือ

ไม่เลย/ไม่ได้นึกถึง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พอใจเลย ไม่ได้นึกถึง ไม่มีความรู้สึกดังกล่าว หรือเหตุการณ์ดังกล่าวไม่เป็นจริงสำหรับท่านเลย

เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจเล็กน้อย หรือเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นจริงสำหรับท่านเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจปานกลาง มีความรู้สึกดังกล่าวปานกลาง หรือเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นจริงสำหรับท่านปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจมาก มีความรู้สึกดังกล่าวมาก หรือเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นจริงสำหรับท่านมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจมากที่สุด มีความรู้สึกดังกล่าวหรือเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นจริงสำหรับท่านมากที่สุด

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา		ไม่เลย/ ไม่ได้นึกถึง	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ข้อความดังต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับท่าน มากน้อยเพียงใด					
1.	ท่านพึงพอใจกับสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน มากน้อยเพียงใด					
2.	ท่านมีพลังกำลังหรือมีแรงเพียงพอ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามที่ท่านต้องการ มากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านสามารถปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตและสามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน มากน้อยเพียงใด					
4.	ท่านพึงพอใจกับการทำหน้าที่ ที่ท่านรับผิดชอบในครอบครัวของท่าน เช่น บทบาทของลูก หรือพ่อแม่ มากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านสามารถนอนหลับและรู้สึกพักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการ มากน้อยเพียงใด					
6.	แผลหรือสายที่หน้าท้อง เส้นเลือดหรือสายฟอกเลือด มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของท่าน มากน้อยเพียงใด					

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อความดังต่อไปนี้เป็นจริงสำหรับท่าน อย่างน้อยเพียงใด		ไม่เคย/ ไม่ได้มาถึง	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7.	กิจกรรมการดูแลรักษา เช่น การดูแลและเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการมาพบแพทย์ ทำให้ท่านต้องใช้เวลาในแต่ละวันไป อย่างน้อยเพียงใด					
8.	ปัญหาสุขภาพทางเพศมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของท่าน อย่างน้อยเพียงใด					
9.	ท่านรู้สึกว่าการป่วย และการที่ต้องล้างไตหรือฟอกเลือด เป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือการเดินทางไกล เช่น การไปต่างจังหวัด การเยี่ยมญาติพี่น้อง หรือการท่องเที่ยว อย่างน้อยเพียงใด					
10.	ท่านมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เป็นไปตามแผนการรักษา อย่างน้อยเพียงใด					
11.	ท่านมีความยากลำบากในการควบคุมการดื่มน้ำ ให้เป็นไปตามแผนการรักษา อย่างน้อยเพียงใด					
12.	รูปร่าง หน้าตา หรือสีผิว ที่เปลี่ยนไปจากเดิม และการมีแผลหรือสายที่หน้าท้อง เส้นเลือดหรือสายฟอกเลือด ทำให้ท่านวิตกกังวล อย่างน้อยเพียงใด					
13.	ท่านวิตกกังวลหรือเครียด หรือรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของท่าน อย่างน้อยเพียงใด					
14.	การที่ท่านมีศาสนา หรือสิ่งที่นับถือ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมทั้งการที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การไปมัสยิด การละหมาด การทำบุญ หรือการอ่านกรูอาน ช่วยให้ท่านรู้สึกดี อย่างน้อยเพียงใด					
15.	คำกล่าวที่ว่า “การเจ็บป่วยเป็นชะตาชีวิตที่พระเจ้ากำหนดไว้แล้ว” ช่วยให้ท่านยอมรับการเจ็บป่วยได้ อย่างน้อยเพียงใด					
16.	ท่านพอใจในความสามารถของท่านในการควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค อย่างน้อยเพียงใด					
17.	ท่านมักไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างน้อยเพียงใด					
18.	ท่านมักลืมของ หรือลืมทำ สิ่งต่าง ๆ ที่ท่านตั้งใจไว้ อย่างน้อยเพียงใด					

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อความดังต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับท่าน มากน้อยเพียงใด		ไม่เคย/ ไม่ได้มาถึง	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19.	ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถคิดและตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มากน้อยเพียงใด					
20.	ความเจ็บป่วยทางกาย มีผลทำให้ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของท่าน มากน้อยเพียงใด					
21.	ท่านพึงพอใจต่อสัมพันธภาพของท่านกับคู่ครอง คนในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวของท่าน มากน้อยเพียงใด					
22.	เมื่อเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ ท่านพึงพอใจกับฐานะทางสังคม การเงินและความเป็นอยู่ของท่านและครอบครัว มากน้อยเพียงใด					
23.	ท่านและครอบครัวพึงพอใจในรายได้ หรือมีเงินเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และการรักษา มากน้อยเพียงใด					
24.	ท่านพึงพอใจกับการที่ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มากน้อยเพียงใด					
25.	ท่านรู้สึกว่ตั้งแต่เจ็บป่วย ท่านต้องพึ่งพาคนในครอบครัว มากน้อยเพียงใด					
26.	ท่านกังวลหรือรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการมีชีวิตในอนาคต มากน้อยเพียงใด					
27.	ท่านรู้สึกว่ การป่วยเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายและความสำเร็จในชีวิตตามที่เคยหวังไว้ มากน้อยเพียงใด					
28.	อาการหน้ามืด วิงเวียน หรือจะเป็นลม รบกวนความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด					
29.	อาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม หรือหายใจไม่ทัน รบกวนความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด					
30.	อาการเจ็บปวดตามร่างกาย หรือกระดูก รบกวนความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด					

<p style="text-align: center;">ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อความดังต่อไปนี้เป็นจริงสำหรับท่าน อย่างน้อยเพียงใด</p>		<p style="text-align: center;">ไม่เคย/ ไม่ได้มาถึง</p>	<p style="text-align: center;">เล็กน้อย</p>	<p style="text-align: center;">ปานกลาง</p>	<p style="text-align: center;">มาก</p>	<p style="text-align: center;">มากที่สุด</p>
31.	<p>อาการเบื่ออาหาร รบกวนความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิต ของท่าน อย่างน้อยเพียงใด</p>					

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าวิจัย

ชื่อโครงการ	ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
ชื่อผู้วิจัย	นางมยุรา หมัดศิริ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
สถานที่วิจัย	หน่วยไตเทียม

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยวาจาด้วยตนเองในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย อย่างละเอียดครอบคลุม สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (3) แบบสอบถามวิธีการจัดการความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และ (4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต ในส่วนที่เป็นข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติการรักษา และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งการเก็บข้อมูล จะให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน การไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อสิทธิการรักษาพยาบาล หรือคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ ส่วนการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อท่านทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ท่านสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ขณะทำการเก็บข้อมูล อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ รู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม ซึ่ง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งกับผู้วิจัยโดยตรง และสามารถที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และการได้รับบริการที่ท่านได้รับแต่อย่างใด ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล ถ้าผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก หรือใจสั่น ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือให้การพยาบาลเบื้องต้น และประสานกับพยาบาลประจำหน่วยไตเทียมเพื่อส่งพบแพทย์ทันที การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ นามสกุลลงในรายงานการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบทั้งหมด เก็บไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะนำมาใช้เป็นประโยชน์ทางวิชาการ จะนำเสนองานวิจัยในเชิงวิชาการเป็นภาพรวม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดในระหว่างตอบแบบสอบถาม ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่าน หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ที่นางมยุรา หมดศิริ หมายเลขโทรศัพท์ 084-9957227 อีเมลล์ mayooramadsiri@gmail.com และหากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่นางสาวชยานิต ผุดผ่อง ศูนย์จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทร 074-286475 E-mail: chayanit.p@psu.ac.th

ดิฉันมีความหวังว่าจะได้รับการอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้ และขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางมยุรา หมดศิริ

ผู้วิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย
(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ชื่อผู้วิจัย นางมยุรา หมดศิริ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กันตพร ยอดไชย

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียด
2. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางมยุรา หมดศิริ)

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

- | | |
|--|---|
| 1. แพทย์หญิงเกศทิพย์ บัวแก้ว | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลพัทลุง
อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง |
| 2. ดร.รจนา วิริยะสมบัติ | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย | สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. คุณสุภร บุษปวนิช | พยาบาลชำนาญการพิเศษ
ศูนย์บำบัดทดแทนโรคไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |
| 5. คุณวินิตย์ หลงละเลิง | พยาบาลชำนาญการพิเศษ
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
(สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี |

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยและหนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ส่วนที่ 2 เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี และโรงพยาบาลละงู
2. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ:	2018 NSt – Qn 028
ชื่อโครงการ:	ประสบการณ์การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2018 – NSt 027
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางมยุรา หมดศิริ
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	11 กรกฎาคม 2561
วันที่หมดอายุ:	11 กรกฎาคม 2563


ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 2 เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา
 โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี และโรงพยาบาลละงู

 THE RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL (REC-HY) HATYAI HOSPITAL 182 . HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS			
id	91	Type of reviews	
Date	2/11/2561	Full board review	<input checked="" type="checkbox"/>
Expiry Date	91/2561	Expedited review	<input type="checkbox"/>
Protocol number	2/11/2561	Exemption	<input type="checkbox"/>
Project title	Sexual Function Experience , Management Strategies and Quality of Life in Muslim Patients With End Stage Renal Disease Receiving Dialysis		
Investigators	Mayoora Madsiri		
Institution	Faculty of Nursing Prince of Songkla University		
Protocol	<input checked="" type="checkbox"/>	Study Budget	<input type="checkbox"/>
Case Report Form	<input type="checkbox"/>	Investigator's CV	<input type="checkbox"/>
Patient Information and informed consent form.	<input type="checkbox"/>	others	<input type="text"/>
<p>The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committe human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki</p> <p>Signature of Chairman Niyom channeam</p>			

โรงพยาบาลยะลา
๑๕๒ ถนนสีโรรส อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการและ
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต

ผู้ทำวิจัย : นางมยุรา หมดศิริ

รหัสโครงการวิจัย : ๒๘ / ๒๕๖๑

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑

(นายประภัสร์ ตีปยานนท์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

(นางอาทิตย์ แว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กรรมการ

(นางนริศรา ตีปยานนท์)

เภสัชกรชำนาญการ

กรรมการ

(นายปรโมทย์ จินสกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กรรมการ

(นางสาวสุตา แวหะยี)

อาจารย์พนักงานมหาวิทยาลัย

กรรมการ

โดยให้เก็บข้อมูลวิจัย ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ET02-1



ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต และเอกสารประกอบการพิจารณาการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล และมีความเห็นว่า การวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยนี้ได้ ภายใต้ข้อกำหนดและขอบเขตของโรงพยาบาลสตูล

เลขที่อนุมัติ.....ETA๑๑๑๓/๑๑.....ตามเอกสารพิจารณา ดังต่อไปนี้

๑. โครงร่างวิจัย เลขที่...ET๑๑๑๓/๑๑.....
๒. ใบยินยอมอาสาสมัครการวิจัย เลขที่...CS๑๑๑๓/๑๑.....

ลงนาม..... *rrgc*

(..นายแพทย์เชษฐพันธ์ สุวันทรโรจน์..)

ประธานคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล

..... ๓๐ / ๕๕ / ๖๑

หมายเลขรับรอง.....ETA๑๑๑๓/๑๑.....

วันที่ให้การรับรอง..... ๓๐ ๕๕ ๖๑

วันหมดอายุการรับรอง..... ๓๐ ๕๕ ๖๒

265/09/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสงขลา

พิจารณาโครงงานวิจัย วันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ชื่อเรื่อง/โครงการวิจัย : ประสพการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการและคุณภาพชีวิตใน
ผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต
ชื่อผู้วิจัย/หัวหน้าโครงการ : นางมยุรา หมดศิริ
ชื่อผู้ร่วมวิจัยโรงพยาบาลสงขลา : -

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา อนุมัติโครงการวิจัยนี้ ในเชิงการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และมีมติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ โดยมีกำหนดระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่ม
เก็บข้อมูล

(นางวนิดา เสนเนียม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

(นายวรชัย จิงตระกูล)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

(นางสุนันทา กบิลพัตร)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

รับรองวันที่ 24 ก.ย. 2561



ข้อปฏิบัติ ...



ที่ ศธ 0521.1.05/ว 2218

โรงพยาบาลราชวิถี
เลขที่ ๖๓๖๖
วันที่ ๒๐ ส.ค. ๒๕๖๑
เวลา ๑๓.๐๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

15 สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีราชธานีสงขลา

ด้วย นางมยุรา หมดศิริ รหัส 5910420038 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์อาการการทำงานที่ด้านพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยในเรื่องนี้จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลวิจัย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางมยุรา หมดศิริ เก็บข้อมูลวิจัย ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชวิถีราชธานีสงขลา จำนวน 60 ราย ในระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2561 ทั้งนี้ หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางมยุรา หมดศิริ โทรศัพท์มือถือ 084-9957227 หรือ E-mail: mayooramadsiri@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เพื่อโปรดทราบ

- เห็นควรขอ ๗/๑๓/๖๑ พัทธวาท

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๒๐ ส.ค. ๖๑

- เห็นชอบ
- ดำเนินการ

เห็นควรแจ้งหัวหน้าแผนกไตเทียม

ไม่ทรมาน เรื่องอนุญาตให้นักศึกษา

ควมคุมเข้มงวด ๖/๑๓/๖๑ ตามระเบียบราชวิถี

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์ 0-7428-6561
โทรสาร 0-7428-6421

๖๓๖๖
๒๐ ส.ค. ๖๑

๒๐ ส.ค. ๒๕๖๑

- สำเนาเรียน
1. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถีราชธานีสงขลา
 2. หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชวิถีราชธานีสงขลา

๖๓๖๖
๒๐ ส.ค. ๖๑



๓๕๕๐
๑๕ ต. ๓ ๖๖
๑๓.๓๐

ที่ ศธ 0521.1.05/ว 2688

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

10 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

ด้วย นางมยุรา หมดศิริ รหัส 5910420038 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิม
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยในเรื่องนี้จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลวิจัย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางมยุรา หมดศิริ
เก็บข้อมูลวิจัย ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จำนวน 40 ราย ในระหว่าง
เดือนตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562 ทั้งนี้ หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางมยุรา หมดศิริ
โทรศัพท์มือถือ 084-9957227 หรือ E-mail: mayooramadsiri@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

มือ ๑๑๑.๓๖.๑๑๑
- มือ ๑๑๑.๓๖.๑๑๑

ขอแสดงความนับถือ

- ม. ศรุตวราภรณ์ ๑๐๑๑๓๓

กิมฮงจือเอ (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
รักษาการแทนรองคณบดีฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๑๑ ๓๑. 5๑

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์ 0-7428-6561
โทรสาร 0-7428-6421

๑๑๑๑
๑๑๑๑
๑๑๑๑

- สำเนาเรียน
1. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
 2. หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

* เก็บไว้ที่นี่ *



ที่ ศร 0521.1.05/ว 2689

โรงพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

10 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขล

ด้วย นางมยุรา หมดศิริ รหัส 5910420038 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์อาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิม
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยในเรื่องนี้จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลวิจัย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางมยุรา หมดศิริ
เก็บข้อมูลวิจัย ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสงขล จำนวน 40 ราย ในระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562
ทั้งนี้ หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางมยุรา หมดศิริ โทรศัพท์มือถือ 084-9957227 หรือ E-mail:
mayooramadsiri@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสง

เพื่อโปรดพิจารณาและพิจารณา

เป็นศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ
รักษาการแทนรองคณบดีฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

รักษาการแทนรองคณบดีฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขอบ

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์ 0-7428-6561

โทรสาร 0-7428-6421

สำเนาเรียน

1. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขล
2. หัวหน้าหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสงขล

(นายแพทย์จิตร ภูมิพัฒน์)




ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขล

2. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

ด้วยนางมยุรา หมดศิริ รหัสนักศึกษา 5910420038 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสมการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย เป็นอาจารย์วิทยานิพนธ์

มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (THAI-HRQOL-D) และขณะนี้ได้เขียน คำร้องขออนุญาตขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว ไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อดำเนินการการไปยังมหาวิทยาลัยมหิดลต่อไป จึงขอความอนุเคราะห์ท่าน ใโอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
นางมยุรา หมดศิริ

 **Noppawan Phinitkhajordech** <noppawan.phim@mahidol.edu> 3:31 PM (35 minutes ago) ☆  

to me ▾

เรียนคุณ มยุรา หมดศิริ
ตามที่ท่านได้แจ้งมาทาง Email นี้เพื่อขอใช้เครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (THAI-HRQOL-D) โดยกำลังอยู่ในกระบวนการเขียนคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย มายังมหาวิทยาลัยมหิดล

ดิฉัน นางนพวรรณ ทัศนิจจรเดช (ทุกพมสุข) ได้พิจารณาแล้ว มีความยินดีให้ใช้เครื่องมือนี้ในการทำวิทยานิพนธ์
หัวข้อ ประสมการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต

และขอให้ท่านประสบความสำเร็จดังความตั้งใจ
นพวรรณ ทัศนิจจรเดช

ขออนุญาตใช้เครื่องมือ

Inbox x



mayoora madsiri <mayooramadsiri@gmail.com>

Apr 2 (3 days ago) ☆



to t.nareeluk ▾

ด้วยนางมยุรา หมดศิริ รหัสนักศึกษา 5910420038 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย เป็นอาจารย์วิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินการปฏิบัติทางเพศ (Scale for Quality of Sexual Function: QSF) ฉบับแปลภาษาไทย จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และขณะนี้ได้เขียน คำร้องขออนุญาตขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว ไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อดำเนินการการไปยังมหาวิทยาลัยมหิดลต่อไป จึงขอความอนุเคราะห์มา ณ โอกาสนี้ด้วย
ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
นางมยุรา หมดศิริ



nareeluk -

8:57 PM (7 hours ago) ☆



to me ▾



Thai ▾

> English ▾

[Translate message](#)

[Turn off for: Thai](#) x

ยินดีค่ะ

Sent from my iPhone



คณะพยาบาลศาสตร์
เลขที่..... 1145
วันที่..... ๒ มิ.ย. ๖1
เวลา..... 15.30

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๕๒๐๘
วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕ / ๙๑๗ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แจ้งว่า
ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย : น.ส.มยุรา หมดศิริ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ ๑) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
งานวิจัยของผู้ใช้เครื่องมือ : “ประสบการณ์ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ
และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต” โดยมี ผศ.ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ : แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ทางเพศ (Scale for Quality of Sexual
Function: QSF)
เครื่องมือวิจัยนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย : น.ส.นารีลักษณ์ ถิ่นพ่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” (พ.ศ. ๒๕๕๖)
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี
ผศ.ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
น.ส.มยุรา หมดศิริ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ ขอได้โปรดระบุ
ให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ
แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย
เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือจำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

...../๒.

- ๒ -

ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช
 ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนา
 หลักฐานการโอนเงิน ส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidlo.ac.th เอกสารตัวจริง ส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

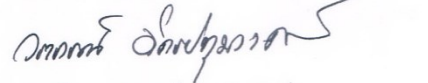
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น ๕
 ให้ติดต่อตั้งแต่เวลา ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

๑) อีเมล รวบรวม ยศ.

เคย์ กงคทง นนตวง
 11 อวต. ทง ทนตททททท
 นอนทททททท N

อวตท

๖ ๖ ๖ ๖

ทท

๖ ๖ ๖ ๖

ก: นนททท
 21



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๕๒๐๙
วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕ / ๘๖๘ ลงวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : น.ส.มยุรา หมดศิริ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ แบบ ๑) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ประสพการณ์ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการ
และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต” โดยมี ผศ.ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วย
การฟอกไต (THAI-HRQOL-D)
เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : น.ส.นพวรรณ ทุกพบสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ) และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ
โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง
“การพัฒนาและการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน
ผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไต (THAI-HRQOL-D) (DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC
PROPERTIES OF THAI HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE INSTRUMENT IN DIALYSIS PATIENTS (THAI-
HRQOL-D)” ซึ่งมี รศ.ดร.อรสา พันธุ์ภักดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
น.ส.มยุรา หมดศิริ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ ขอได้โปรดระบุ
ให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ
โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่ง
คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และ
แบบฟอร์ม พ.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตร

..... /๒.

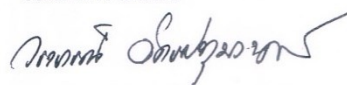
- ๒ -

บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือ
จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทย
พาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี “หลักสูตรบัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕
ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงิน ส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidlo.ac.th เอกสาร
ตัวจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น ๕
ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง จ1

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย
มุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	การทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์	M	SD	ระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
1	ท่านมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อย ๆ ใชหรือไม่	4.84	.59	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
2	บางครั้งท่านปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสถึงแม้จะมีความต้องการทางเพศใช่หรือไม่	4.31	.90	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
3	ท่านมีความพึงพอใจอย่างยิ่งเมื่อถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่	4.29	1.03	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
4	อวัยวะเพศของท่านมีการตอบสนองต่อความต้องการทางเพศใช่หรือไม่	4.16	1.01	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
5	ท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่	4.00	1.24	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
6	ท่านรู้สึกไม่มีความสุขกับการตื่นตัวทางเพศที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่	3.80	1.13	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
7	ท่านมีการตื่นตัวทางเพศอย่างมากในระยะก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่	3.59	1.18	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
8	ท่านมีปัญหาเกิดขึ้นในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ใช่หรือไม่	3.58	1.36	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
	ผู้หญิง: มีอาการเจ็บปวดบริเวณช่องคลอดไม่มีหลั่งบริเวณช่องคลอดไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ หรือปัญหาอื่น ๆ	4.13	1.45	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
	ผู้ชาย: องคชาติไม่แข็งตัว มีการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไปไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ หรือปัญหาอื่น ๆ	3.25	1.19	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย

ตาราง จ1 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย
มัลติมีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	การทำหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์	M	SD	ระดับความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
9	น้ำหล่อลื่น	3.58	1.37	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
	ผู้หญิง: ท่านมีน้ำหล่อลื่นเพียงพอระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมดใช่หรือไม่	4.13	1.10	ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์
	ผู้ชาย: เมื่อท่านมีความรู้สึกตื่นตัว หรือความต้องการทางเพศจะมีน้ำหล่อลื่นออกมาบริเวณปลายอวัยวะเพศใช่หรือไม่	3.25	1.41	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
10	ท่านเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสใช่หรือไม่	3.14	1.77	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย
11	ท่านชอบที่จะมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้ง ใช่หรือไม่	2.64	1.27	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
	การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์โดยรวม	3.79	.49	มีความบกพร่องการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย

ตาราง จ2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมัลติมีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามองค์ประกอบในการจัดการอาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (N=85)

องค์ประกอบในการจัดการ*	จำนวน	ร้อยละ
1. เหตุผลในการเลือกปฏิบัติวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์		
คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย	32	37.6
ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น	79	92.9
2. ใครเข้ามาช่วยเหลือท่าน เมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์		
ตนเอง (ผู้ป่วยเอง)	81	95.3
คู่สมรส	66	77.6
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	7	8.2
พยาบาล/แพทย์	3	3.5

ตาราง จ2 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำแนกตามองค์ประกอบในการจัดการอาการการทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ (N=85)

องค์ประกอบในการจัดการ*	จำนวน	ร้อยละ
3. เวลาที่ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์		
ปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน	76	89.4
ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกมีอาการผิดปกติ	45	52.9
ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน	4	4.7
4. สถานที่ใช้ปฏิบัติวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์		
บ้าน	83	97.6
โรงพยาบาล	39	45.9
คลินิก	2	2.4
รีสอร์ท	3	3.5

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง จ3

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
1	คำกล่าวที่ว่า “การเจ็บป่วยเป็นชะตาชีวิตที่พระเจ้ากำหนดไว้แล้ว” ช่วยให้ท่านยอมรับการเจ็บป่วยได้มากขึ้นเพียงใด	4.71	.59	ดีมาก
2	การที่ท่านมีศาสนา หรือสิ่งที่น่าเชื่อถือ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมทั้งการที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การไปมัสยิด การละหมาด การทำบุญ หรือการอ่านกรูอาน ช่วยให้ท่านรู้สึกดี มากน้อยเพียงใด	4.68	.57	ดีมาก
3	ท่านพึงพอใจกับการที่ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มากน้อยเพียงใด	4.37	.51	ดีมาก
4	อาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม หรือหายใจไม่ทันรบกวนความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.35	.83	ดีมาก
5	อาการหน้ามืด วิงเวียน หรือจะเป็นลม รบกวนความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.31	.93	ดีมาก

ตาราง จ3 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
6	ปัญหาสุขภาพทางเพศมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของท่านมากน้อยเพียงใด	4.29	.98	ดีมาก
7	ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถคิดและตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มากน้อยเพียงใด	4.29	.94	ดีมาก
8	ความเจ็บป่วยทางกาย มีผลทำให้ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.20	.92	ดีมาก
9	ท่านพึงพอใจต่อสัมพันธภาพของท่านกับคู่ครองคนในครอบครัว และการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.20	.59	ดีมาก
10	ท่านสามารถปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตและสามารถจัดการกับชีวิตประจำวัน มากน้อยเพียงใด	4.15	.75	ดีมาก
11	ท่านวิตกกังวลหรือเครียด หรือรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.13	1.14	ดีมาก
12	รูปร่าง หน้าตา หรือสีผิว ที่เปลี่ยนไปจากเดิม และการมีแผลหรือสายที่หน้าท้อง เส้นเลือดหรือสายพอกเลือด ทำให้ท่านวิตกกังวล มากน้อยเพียงใด	4.07	1.21	ดีมาก
13	ท่านมักไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด	4.07	1.04	ดีมาก
14	แผลหรือสายที่หน้าท้อง เส้นเลือดหรือสายพอกเลือด มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.03	1.20	ดีมาก
15	อาการเจ็บปวดตามร่างกาย หรือกระดูก รบกวนความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด	4.03	.91	ดีมาก
16	ท่านพึงพอใจกับการทำหน้าที่ ที่ท่านรับผิดชอบในครอบครัว ของท่าน เช่น บทบาทของลูก หรือพ่อแม่ มากน้อยเพียงใด	3.99	.65	ดี
17	ท่านสามารถนอนหลับและรู้สึกพักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการ มากน้อยเพียงใด	3.97	.77	ดี

ตาราง จ3 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
18	เมื่อเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ ท่านพึงพอใจกับฐานะทางสังคม การเงินและความเป็นอยู่ของท่านและครอบครัว มากน้อยเพียงใด	3.97	.72	ดี
19	ท่านพอใจในความสามารถของท่านในการควบคุม ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค มากน้อยเพียงใด	3.92	.83	ดี
20	ท่านมีพลังกำลังหรือมีแรงเพียงพอ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามที่ท่านต้องการ มากน้อยเพียงใด	3.91	.92	ดี
21	ท่านกังวลหรือรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการมีชีวิตในอนาคต มากน้อยเพียงใด	3.85	1.23	ดี
22	ท่านพึงพอใจกับสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน มากน้อยเพียงใด	3.75	.84	ดี
23	อาการเบื่ออาหาร รบกวนความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด	3.75	.79	ดี
24	ท่านและครอบครัวพึงพอใจในรายได้ หรือมีเงินเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และการรักษา มากน้อยเพียงใด	3.60	.79	ดี
25	ท่านรู้สึกว่า การป่วยเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายและความสำเร็จในชีวิตตามที่เคยหวังไว้ มากน้อยเพียงใด	3.59	1.23	ดี
26	ท่านรู้สึกว่า การป่วย และการที่ต้องล้างไตหรือฟอกเลือด เป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือการเดินทางไกล เช่น การไปต่างจังหวัด การเยี่ยมญาติพี่น้อง หรือการท่องเที่ยว มากน้อยเพียงใด	3.48	1.25	ดี
27	กิจกรรมการดูแลรักษา เช่น การดูแลและเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการมาพบแพทย์ ทำให้ท่านต้องใช้เวลาในแต่ละวันไป มากน้อยเพียงใด	3.39	1.15	ดี

ตาราง จ3 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยภาพรวมและรายข้อ (N=85)

ข้อที่	คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
28	ท่านมักลืมของ หรือลืมทำ สิ่งต่าง ๆ ที่ท่านตั้งใจไว้ มากน้อยเพียงใด	3.39	1.33	ดี
29	ท่านมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เป็นไปตามแผนการรักษา มากน้อยเพียงใด	3.28	1.27	ดี
30	ท่านมีความยากลำบากในการควบคุมการดื่มน้ำให้เป็นไปตามแผนการรักษา มากน้อยเพียงใด	3.13	1.29	ดี
31	ท่านรู้สึกว่ตั้งแต่เจ็บป่วย ท่านต้องพึ่งพาคนในครอบครัว มากน้อยเพียงใด	2.89	1.15	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตรวมโดยรวม	3.95	.37	ดี

ตาราง จ4

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็นรายด้าน (N=85)

คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านจิตวิญญาณ	4.69	.53	ดีมาก
ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับอาการแสดง	4.22	.53	ดีมาก
ด้านความผาสุกทางจิตใจ	4.07	.71	ดีมาก
ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว	4.00	.48	ดีมาก
ด้านการรู้คิด	3.87	.76	ดี
ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.72	.46	ดี
ด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต	3.47	.82	ดี

ภาคผนวก ฉ
ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์

การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(P1) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 48 ปี

“เรื่องเพศสัมพันธ์ อาเตะ (น้องสาว) ถ้ามมาได้เลย ไม่อายแล้ว บอกตามตรงว่ากะ (พี่สาว) รู้สึกหมดยที่จะคิดเรื่องนี้แล้ว หลังฟอกไตเสร็จกะก็ต้องรีบกลับบ้านไปขายของ จัดบ้าน ทำกับข้าว เหนื่อยมาก กะมีลูกทั้งหมด 7 คน ต้องดูแลจัดการให้ทุกอย่างเพราะยังเล็ก ไม่ได้พักเลย กลางคืนจึงหลับเป็นตาย สามีก็ยังมีความต้องการร่วมหลับนอนกับกะ ความต้องการของเค้ายังเหมือนเดิม แต่ของกะไม่มีแล้ว แต่กะก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธสามีได้ เพราะกลัวบาป เคยมีบางครั้งที่กะไม่ไหวจริง ๆ จึงบอกสามี เค้าก็เริ่มมีอาการหงุดหงิดใส่กะ ชวนทะเลาะบ้าง กะรู้สึกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นปัญหากับครอบครัวกะมาก ความรู้สึกทางเพศของกะลดลง แต่กะก็ต้องฝืนใจร่วมหลับนอนกับสามี เมื่อก่อนกะมีอารมณ์หึงหวง กลัวว่าสามีจะไปมีเมียอื่น แต่ตอนนี้ กะไม่มีอารมณ์นั้นแล้ว ถ้าสามีจะไปมีภรรยาอีกคน กะก็ยินดี”

(P2) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 34 ปี

“เรื่องเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ฟอกไตมา ยังไม่เจอกับปัญหาอะไรนะ เคยคุยกับเพื่อนที่ฟอกไตเหมือนกัน บางคนก็เจอปัญหา แต่บางคนก็ไม่เจอปัญหา แต่อาเตะ (น้อง) โชคดีที่ยังไม่เจอปัญหา ความต้องการทางเพศยังเหมือนเดิม รู้สึกว่าการทำหน้าที่ของเรายังดีเหมือนเดิม ช่องคลอดไม่แห้ง ไม่มีอาการปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ อาจจะเป็นจากอายุ และสามีด้วยนะ สามีอาเตะเค้าเข้าใจ คุยกันได้ วันไหนที่เค้าเห็นว่าเราเพลียมาก เค้าก็จะไม่รบกวนเรา ปล่อยให้เราพักผ่อน”

(P3) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 28 ปี

“ผมแต่งงานตอนอายุ 25 ปี หลังแต่งงานได้ 4 เดือน ผมมีอาการบวมทั้งตัว ไปรักษาที่คลินิก หมอบอกผมว่าเป็นโรคไต ส่งตัวผมไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นผมจึงรับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จนถึงตอนนี้ ผมฟอกไตเป็นระยะเวลา 3 ปีแล้ว ยังไม่เจอปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์นะ ยังมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เฉลี่ยแล้วสัปดาห์ละ 4 ครั้ง มีอาการหลังน้ำอสุจิเร็วเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย ภรรยาผมเค้าเข้าใจ ดูแลผมเป็นอย่างดี”

(P4) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 56 ปี

“บัง (พี่ชาย) ฟอกไตมา 6 ปีแล้ว รู้สึกว่าช่วงหลังๆ จะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ค่อนข้างมาก เมื่อก่อนมีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปัจจุบันนี้เดือนละ 1-2 ครั้ง มีอาการองคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ บางครั้งก็มีอาการหลังเร็ว แต่ความต้องการทางเพศยังเหมือนเดิม รู้สึกหงุดหงิดทุกครั้ง สงสารภรรยา แต่ภรรยาเค้าเข้าใจว่าเราป่วย แต่บังเองที่กังวลกลัวว่าภรรยาจะทิ้งเพราะทำหน้าที่สามีได้ไม่เต็มที่ จนบางครั้งต้องพึ่งยาสมุนไพร เพื่อเพิ่มการแข็งตัวขององคชาติ”

(P5) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 62 ปี

“วะ (ลุง) ฟอกไตมา 10 ปี เรื่องเพศสัมพันธ์ยังมีความต้องการเหมือนเดิมนะ ไม่ได้ลดลงเลย ตั้งแต่ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม เส้นที่แขนใช้ไม่ได้มา 2 ครั้ง ต้องไปทำเส้นใหม่ที่ มอ. ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา ช่วงหลังๆ จึงต้องระมัดระวังกลัวเส้นเกิดปัญหา รวมทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ด้วยต้องมีแบบต่างๆ เมื่อก่อนมีสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่มาช่วงหลัง เดือนละครั้งมั้ง บางครั้ง 2 เดือนครั้งมั้ง กังวลกลัวกระทบกับเส้นที่แขน”

การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

(P6) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 38 ปี

“ฉันล้างไตมา 5 เดือน ยังมีอาการบวม วันนี้บวมมากหน่อย เหนื่อยเวลาขึ้นบันได ตั้งแต่ล้างไต มีเพศสัมพันธ์กับสามี ประมาณต้นเดือน 1 ครั้ง สามีจะไม่ค่อยมาอยู่ เวลานอนก็จะแยกห้องนอน บางคืนก็ไม่กลับบ้าน มีเพื่อนบ้านมาเล่าให้ฟังว่าเห็นสามีเดินอยู่กับผู้หญิงอื่น พอฟังแล้วรู้สึกเสียใจมาก จึงถามจากสามี เค้าก็ยอมรับว่า ไปมีภรรยาอีกคนจริง ประมาณ 4 เดือนได้แล้ว โดยให้เหตุผลว่าเราไม่สามารถให้ความสุขเค้าได้ เมื่อฟังดังนั้นก็ยอมรับว่าตั้งแต่ป่วยรู้สึกว่าการเพศสัมพันธ์ทำได้ไม่ดี เพราะอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เหนื่อย เพลีย ตอนนั้นก็อดทน เพื่อลูก เราเองก็ต้องพึ่งเค้า เพราะไม่มีรายได้ เค้าเองก็สัญญาว่าจะดูแลเรา ดูแลลูกเหมือนเดิม วันที่หมอนัดเค้าก็จะมาอยู่เป็นเพื่อนตลอด”

(P7) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 50 ปี

“กะ (พี่สาว) ล้างไตมา 3 ปี เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่ค่อยเจอปัญหานั้นนะ ถามว่าความต้องการยังเหมือนเดิมไหม บอกได้เลยว่าไม่แล้ว แต่ถ้าสามีต้องการก็ให้ได้ ไม่ได้ปฏิเสธ เนื่องจากหลายๆ อย่าง เช่น บทบาทของการเป็นภรรยา หรือตามหลักศาสนาที่เค้ากำหนดมาแล้วว่าห้ามปฏิเสธสามี เพราะบาป”

(P8) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 50 ปี

“ความต้องการทางเพศของบัง (พี่ชาย) หลังจากล้างไตยังเหมือนเดิมนะ ยังต้องการทุกวัน แต่เนื่องจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ อาการเหนื่อย กังวลเรื่องการติดเชื้อและอาการขององคชาติที่แข็งตัวไม่เต็มที่ บางครั้งมีการหลั่งเร็ว จึงต้องห่างๆ ไป จากเมื่อก่อน มีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ปัจจุบันนี้เว้นเป็นเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งภรรยาเค้าก็ดี ดูแลและเข้าใจว่าเราป่วย”

(P9) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 68 ปี

“อาเยาะ (พ่อ) ล้างไตมา 8 ปีแล้ว เรื่องเพศสัมพันธ์ ก็มีปัญหามาด้วย ส่วนใหญ่ก็พบอาการเรื่ององคชาติไม่แข็งตัว แต่ความต้องการทางเพศมีตลอด อาเยาะเคยถามเพื่อนๆ ที่ล้างไตด้วยกันเค้าอายุ 76 ปี ความต้องการทางเพศเค้ายังมีเลย แต่เจอปัญหาเดียวกันเรื่ององคชาติไม่แข็งตัวตอนนี้อาเยาะก็มีเพศสัมพันธ์เดือนละครั้ง แต่ส่วนใหญ่ก็จะไม่ถึงจุดสุดยอด แต่มะ (ภรรยา) เค้าก็เข้าใจ เพราะเค้าเองก็ไม่ค่อยอยากมีเท่าไร ด้วยวัยของเค้าด้วยมั้ง”

การจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**(P10) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 52 ปี**

“ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่พบส่วนใหญ่จะมีอาการองคชาติไม่แข็งตัว ยิ่งช่วงแรกของการฟอกไตจะเจอปัญหามาก แต่ช่วงหลังๆ ผมดูแลสุขภาพมากขึ้น รับประทานอาหารตามคำแนะนำของหมอ พยาบาล ที่สำคัญคือการออกกำลังกาย ผมปั่นจักรยานมา 2 ปี เพื่อนผมที่เป็นโรคไตผมก็แนะนำเรื่องการปั่นจักรยาน เค้าก็บอกว่าปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ดีขึ้น ผมปั่นทุกวัน หลังละหมาดตอนเช้า (ซุบฮิ) วันละ 30 นาที ผมว่าได้ผลมาก ตอนนี้ผมสามารถมีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง”

(P11) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 54 ปี

“ผมมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วิวว่าเป็นโรคไต ตอนนั้นบวมทั้งตัว เพลีย ไม่มีแรง กินไม่ได้เบื่ออาหาร มีอาการขององคชาติไม่แข็งตัว เครียดมาก กลัวภรรยาจะเบื่อ ภรรยาผม อายุ 34 ปี อายุุนน้อยกว่าผมมาก เค้ายังสาวยังสวย กังวลมากยิ่งเครียดก็ยิ่งแย่ จึงตัดสินใจฟอกไต หลังฟอกไต 3 เดือนแรก ก็ยังมีอาการอยู่ พยายามดูแลสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล อาการเริ่มดีขึ้นมา เรื่องเพศสัมพันธ์ก็ดีขึ้นด้วย ไม่กล้าปรึกษาหมอเรื่องเพศสัมพันธ์ อาย กลัวหมอมองว่าเราหมกหมุ่นแต่เรื่องนั้น จึงสอบถามเพื่อนที่ฟอกไตด้วยกัน และหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตบ้าง ไปนั่งร้านน้ำชาเพื่อนๆ เค้าก็จะคุยกันเรื่องเพศสัมพันธ์ บางคนก็แนะนำว่ากินยานั้นยานี้ แต่ผมไม่กล้ากลัวมีผล

ต่อโรคไตที่ผมเป็น ทำใจสบายๆ ไม่เครียด เปิดใจคุยกับภรรยา ผมมองว่ามันดีขึ้นนะ ตอนนี้ผมมีเพศสัมพันธ์เดือนละ 3 ครั้ง ก็รับได้นะ”

(P12) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 60 ปี

“วะ (ลุง) มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์มาก มีอาการขององคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่ และหลังอสุจิเร็ว ในขณะที่ความต้องการทางเพศมีทุกวัน อาจจะเป็นเพราะวะ มีโรคประจำตัวหลายโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไต เมื่อก่อนมีเพศสัมพันธ์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่ตอนนี้เดือนละครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ วะก็จะใช้ยาสมุนไพรมานช่วย กินไม่บ่อยหรอก กินเวลาที่จะมีเพศสัมพันธ์ เป็นกาแพที่มีส่วนผสมของสมุนไพรมาน (กาแพตงกะอาลี) วะว่ามันใช้ได้นะ แต่ราคาค่อนข้างแพงไปหน่อย ชุดละ 800 บาท”

(P13) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 47 ปี

“บัง (พี่ชาย) หลังฟอกไตจะมีเพศสัมพันธ์ เดือนละ 4-5 ครั้ง มีปัญหาเรื่องการหลังอสุจิเร็ว ประมาณ 2-3 ครั้งต่อเดือน ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาล แต่ศึกษาหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต แล้วลองปฏิบัติตาม ซึ่งจะมีหลายวิธี แต่วิธีที่ลองใช้แล้วได้ผล น่าจะการขมิบกั้น เป็นการบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเดียวกับเวลาเราเกร็งเพื่อกลั้นปัสสาวะ และอีกวิธีหนึ่งคือการเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ วิธีที่บังเลือกใช้ มันสามารถช่วยบังได้อีกระดับหนึ่ง”

การจัดการความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

(P14) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 55 ปี

“หลังการล้างไตก็พบปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ จะมีอาการขององคชาติไม่แข็งตัวบ่อย เดือนละ 2-3 ครั้ง ปรึกษาเพื่อนๆ ที่ล้างไตด้วยกัน คำก็แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยวิธีปั่นจักรยาน ใช้วิธีนี้มาเกือบปีแล้ว รู้สึกว่ามันใช้ได้นะ แต่ต้องควบคู่กับการควบคุมอาหาร น้ำดื่ม และต้องไม่เครียด ทำจิตใจให้สบายๆ”

(P15) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 58 ปี

“เรื่องเพศสัมพันธ์ ก็พบปัญหานะ แต่ด้วยอายุที่มากขึ้น ก็ต้องเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พระเจ้ากำหนดมาแล้ว ทำจิตใจให้สบาย อย่างเครียด ตอนนี้ก็มีเดือนละ 2 ครั้ง ภรรยาเค้าก็ไม่ว่าอะไร อาจเนื่องจากตัวเค้าก็มีอายุมากขึ้นด้วย”

(P16) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 42 ปี

“ล้างไตมา 3 ปี ช่วงแรก ก็พบปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ กลัวว่าการเพศสัมพันธ์จะมีผลต่อแผลบริเวณหน้าท้อง ปรึกษาเพื่อนที่เค้าเคยล้างไต เค้าก็แนะนำว่าหลังมีเพศสัมพันธ์ อาบน้ำชำระร่างกายตามหลักศาสนาเสร็จแล้ว ให้รีบทำแผล อย่าปล่อยให้อับชื้น วิธีนี้ใช้ได้มาก เพราะตั้งแต่ล้างไตมา ก็ไม่เจอปัญหาการติดเชื้อเลย”

(P17) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 48 ปี

“ล้างไตมา 5 ปี ช่วงปีแรก เครียดกับเรื่องเพศสัมพันธ์มาก กลัวสามีจะเบื่อ เพราะไม่มีความรู้เลยว่า ล้างไตแล้วสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ไหม ปรึกษาเพื่อนที่ล้างไตด้วยกัน เค้าก็แนะนำให้พาสามีมาพบกับพยาบาล พยาบาลเค้าก็แนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเอาน้ำจากช่องท้องออกก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ท่าที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้กระทบต่อแผลบริเวณหน้าท้อง ตอนนี้เรื่องเพศสัมพันธ์ก็ดีขึ้น เมื่อสามีต้องการก็สามารถตอบสนองให้สามีได้ โดยไม่ต้องกังวลเหมือนเมื่อก่อน”

ภาคผนวก ข
การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น

Descriptives

		Statistic	Std. Error
เพศสัมพันธ์	Mean	3.79	.054
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.68
		Upper Bound	3.89
	5% Trimmed Mean	3.80	
	Median	3.83	
	Variance	.245	
	Std. Deviation	.495	
	Minimum	3	
	Maximum	5	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.435	.261
	Kurtosis	-.254	.517
คุณภาพชีวิต	Mean	3.95	.041
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.87
		Upper Bound	4.03
	5% Trimmed Mean	3.96	
	Median	3.97	
	Variance	.144	
	Std. Deviation	.379	
	Minimum	3	
	Maximum	5	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.316	.261
	Kurtosis	-.562	.517

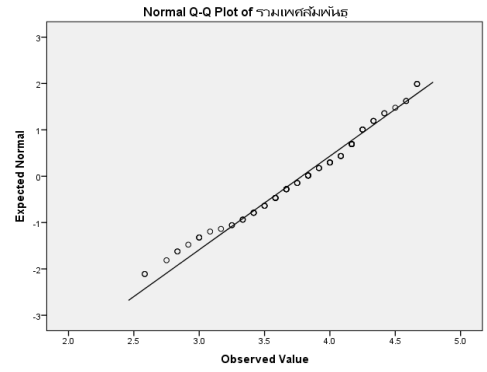
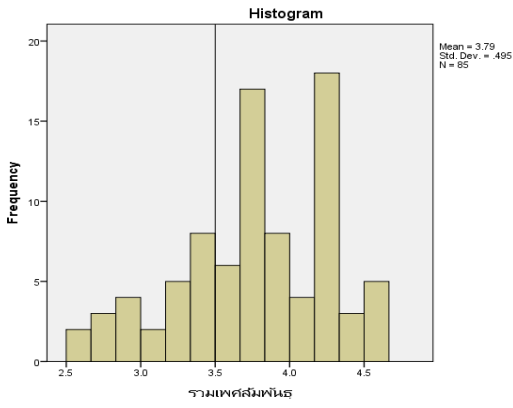
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
เพศสัมพันธ์	.085	85	.183	.972	85	.065
คุณภาพชีวิต	.067	85	.200*	.977	85	.140

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

เพศสัมพันธ์



คุณภาพชีวิต

