

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านอาการ โรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นหัวข้อดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

1.1 ความหมาย

1.2 สาเหตุ

1.3 การวินิจฉัย

1.4 การแบ่งระยะ

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง

1.6 การรักษา

1.7 ผลกระทบ

2. ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms)

2.1 อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

2.2 อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้

บำบัดทดแทนไต

2.3 การประเมินเกี่ยวกับอาการ

3. การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

3.1 ความหมาย และการจำแนกชนิดของการปฏิบัติหน้าที่

3.2 การประเมินการปฏิบัติหน้าที่

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของคนทั่วไป มีผลกระทบต่อประชาชนทุกอายุ เชื้อชาติ และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ในสหรัฐอเมริกามีประชาชนมากกว่า 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 9 คนที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และมีประชาชน 20 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง (Porth, 2009) เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก อาการไตวายจะปรากฏเมื่อน้ำที่ของไตเสียหายที่ไปมากกว่าร้อยละ 70-80 (ศศิธร ชิดนาคย์, 2550) จึงต้องมีการให้ความหมายเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD ได้เร็ว เป็นการสร้างความตื่นตัวให้กับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยให้มีความตระหนัก และเริ่มต้นการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตแต่เนิ่น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค แทนที่จะปล่อยปละละเลยจนถึงขั้นที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากแล้วจึงเริ่มต้นตัวตั้งที่เป็นอยู่แต่เดิม (สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และธนันดา ตระการวานิช, 2548)

ความหมาย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ไตถูกทำลาย เป็นเวลา 3 เดือน หรือมากกว่า 3 เดือน มีความผิดปกติทางพยาธิสภาพ หรือมีตัวบ่งชี้ว่า ไตถูกทำลายจากความผิดปกติของเลือดหรือปัสสาวะ หรือการตรวจทางรังสี หรืออัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/ นาที/ พื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นเวลา 3 เดือน หรือมากกว่า 3 เดือน (National Kidney Foundation, 2002)

สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุการเกิดโรคได้หลายสาเหตุ ซึ่งแบ่งสาเหตุการเกิดได้ดังนี้ (Molzahn, 2009)

1. สาเหตุนอกไต ได้แก่

1.1 เบาหวาน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่พึ่งอินซูลิน 20-50% ที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายในเวลา 20-30 ปี ที่เริ่มรักษาด้วยการให้อินซูลิน และเบาหวานยังทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 30-40 และทำให้เกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ถึงร้อยละ 45 นอกจากนี้เบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงได้ (Whaley-Connell, 2008) เบาหวานทำให้มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไกลเมอรูลัส หรือหลอดฝอยไต ทำให้หลอดเลือดแข็งเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดที่ไต และระบบความดันโลหิตสูงขึ้น ไตได้รับเลือดน้อยลง และขาดเลือด จึงทำให้เกิดไตล้มเหลวตามมา

1.2 ความดันโลหิตสูง พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 28 (Weigel et al., 2007) เนื่องจากไตจำเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมากจากการบีบตัวของหัวใจซึ่งมีผลต่ออัตราการกรองและการทำหน้าที่ของไต ความดันโลหิตสูงจึงทำให้เลือดมาเลี้ยงไตลดลง ทำให้การทำหน้าที่ของไตผิดปกติเช่นกัน ความดันโลหิตสูงเกิดเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไตตีบแข็ง หรือขาดเลือด ทำให้เลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง และกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน ทำให้เพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงยังเกี่ยวข้องกับโรคของเนื้อไต เช่น Glomerulonephritis, Polycystic Disease, Pyelonephritis เป็นต้น ทำให้ไตขับน้ำ และเกลือได้ลดลง มีการคั่งของน้ำและเกลือเพิ่มขึ้น

1.3 ความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อคจากหัวใจและหลอดเลือด หรือความดันโลหิตต่ำมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต ทำให้หลอดเลือดที่ไตหดตัว เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง

1.4 Rhabdomyolysis เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้หลัง Myoglobin และ Intracellular Substances เข้าไปในเลือด ซึ่งเกิดจากหลังได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง การออกกำลังกายที่หนัก มีการชัก Heat Stroke ภาวะที่ไม่รู้สึกตัวที่นาน ๆ การได้รับยาเกินขนาด และผลข้างเคียงจากการใช้ยา Statin ทำให้มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ และบวม ปัสสาวะสีเข้มสูง ฟอสเฟตสูง กรดยูริกในเลือดสูง ระดับของ Creatinin Kinase สูงขึ้น

1.5 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต ทำให้ไตลดการขับน้ำและโซเดียม มีการคั่งของของน้ำในหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการบวม

1.6 โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Thromboembolic) ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulopathy มีผลต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไต เป็นสาเหตุให้ไตขาดเลือด

1.7 การติดเชื้อในกระแสเลือด อาจมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำและจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิด Glomerulonephritis

1.8 การตั้งครรภ์ มีผลต่อการทำหน้าที่ของไต การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ทำให้ไตมีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งอาจจะคงอยู่ 9-12 สัปดาห์ ทำให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น 30-50% ระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้ Creatinine Clearance เพิ่มขึ้น การขับกรดยูริกลดลง การตั้งครรภ์อาจทำให้โปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ปัสสาวะมากขึ้น และปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน

2. สารที่มีพิษต่อไต จะทำลายเซลล์ของไต ทำให้ไตได้รับบาดเจ็บ เกิด Acute Tubular Necrosis สารที่มีพิษต่อไตได้แก่ ยาปฏิชีวนะ เช่น Aminoglycosides, Tetracyclines, Amphotericin B, Cephalosporin, Sulfonamide โลหะหนัก เช่น ตะกั่วปรอท สารหนู ทองแดง แคดเมียม ทองลิเทียม พิษต่าง ๆ เช่น เห็ดพิษ แมลงกัดต่อย สมุนไพรที่เป็นพิษ พิษจากงู ยาชา สารทึบแสง ยาแก้ปวด เช่น Salicylates, Acetaminophen, Phenacetin, NSAID เป็นต้น

3. โรคที่เกิดจากไตเอง

3.1 นิ่ว ทำให้มีการเคลื่อนที่มาอุดตันได้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีการทำลายเนื้อไต

3.2 การอักเสบที่กรวยไต ทำให้มีการตอบสนองต่อการอักเสบ ทำให้เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น กระบวนการอักเสบทำให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่อ เมื่อการอักเสบได้รับการรักษาก็จะทำให้เกิด fibrosis ทำให้มีการอุดกั้น และการขับสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การทำหน้าที่ของไตลดลง

3.3 ภาวะไตบวม น้ำ ทำให้มีการขยายของกรวยไต และ Calices ทำให้มีการอุดกั้นของปัสสาวะ การสะสมของน้ำปัสสาวะ ทำให้เกิดแรงดันในกรวยไตเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุให้หน่วยไตถูกทำลาย

3.4 มะเร็งของไต เนื้องอกที่โตขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการอุดกั้นของระบบทางเดินปัสสาวะ และทำให้เกิดไตบวม น้ำคั่งมา

3.5 โรคที่เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อระหว่างหลอดฝอยไต (Tubulointerstitial Disease) ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดฝอยไต และหลุดเลือดจากไตถูกทำลาย ซึ่งสาเหตุมาจากการอักเสบของกรวยไตอย่างเรื้อรัง

3.6 การอักเสบของโกลเมอรูลัส (Glomerulonephritis) มีการทำลายโกลเมอรูลัส ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อโกลเมอรูลัสถูกทำลาย ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด และมีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ตรวจเลือดพบอัลบูมิน (Albumin) ต่ำ มีอาการบวมทั่วร่างกาย มีความผิดปกติของระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone System) ทำให้ความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วยดังนี้ (Porth, 2009)

1. การประเมินอัตราการกรองของไตโดยใช้สูตร Cockcroft-gault หรือสูตร Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)

- Cockcroft-Gault; Creatinine Clearance = $(140 - \text{อายุ}) \times \frac{\text{น้ำหนัก (ก.ก)}}{72 \times \text{serum creatinine}}$

(คูณด้วย 0.85 ในกรณีที่เป็นผู้หญิง)

- MDRD; GFR (ml/min/1.73 m²) = $170 \times (\text{serum creatinine})^{-0.999} \times (\text{อายุ})^{-0.176} \times (\text{ผู้หญิง})^{0.762} \times (1.18 \text{ ถ้าเป็นชาวผิวดำ}) \times (\text{BUN})^{-0.17} \times (\text{serum albumin})^{+0.318}$

2. การประเมินปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ โดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ (Dipstick Test) เมื่อแถบตรวจตรวจวัดผลได้ 1 บวกขึ้นไป ควรตรวจปัสสาวะยืนยันปริมาณโปรตีนด้วยการวัดค่าสัดส่วนของโปรตีนต่อครีเอตินิน

3. การตรวจอื่น ๆ ด้วยการตรวจตะกอนปัสสาวะ (Urine Sediment) หรือใช้แถบตรวจวัดหาเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาว การตรวจทางรังสี การตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อดูว่ามีการอุดตัน มีนิ่ว และมี Polycystic Kidney Disease

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stage)

โรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต ของมูลนิธิโรคไตแห่งสหรัฐอเมริกา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะต่าง ๆ ของโรคไตเรื้อรัง

Stage (ระยะ)	รายละเอียด	GFR (ml/min/1.73m ²)	ค่าอื่น ๆ ที่อาจถูกใช้
1	มี kidney injury แต่ GFR ยังปกติ	> 90	ภาวะ albuminuria, proteinuria, hematuria
2	มี kidney injury แต่ GFR ลดลงบ้าง	60-89	ภาวะ albuminuria, proteinuria, hematuria
3	มี kidney injury แต่ GFR ลดลงพอสมควร	30-59	chronic renal insufficiency, early renal insufficiency

ตารางที่ 1 (ต่อ)

Stage (ระยะ)	รายละเอียด	GFR (ml/min/1.73m ²)	คำอื่น ๆ ที่อาจถูกใช้
4	มี GFR ลดลงมาก	15-29	chronic renal insufficiency, early renal insufficiency, Pre-ESRD
5	ภาวะไตวายเรื้อรัง	< 15	Renal failure, Uremia, ESRD

ที่มา: Stage of Chronic Kidney Disease (Porth, 2009, p. 860).

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เมื่อไตเสียหายที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรียเสียการควบคุมสมดุลน้ำ กรดต่างในร่างกาย และการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ มีอาการและอาการแสดงดังนี้ (Molzahn, 2009)

1. การเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโทรลิต ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลิต เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการดูดกลับและขับออกของน้ำ โซเดียม โพแทสเซียม และแคลเซียม ภาวะโซเดียมต่ำ เนื่องจากมีคลื่นไส้ อาเจียน การมีน้ำคั่งในร่างกาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และหัวใจล้มเหลวได้ ภาวะโพแทสเซียมสูง เนื่องจากการสลาย Catabolism มาก ได้รับยาที่มีโพแทสเซียมสูง การได้รับเลือดและภาวะกรด ทำให้มีการหลั่งของโพแทสเซียม ภาวะแคลเซียมต่ำ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง ฟอสเฟตสูง เนื่องจากไตขับออกได้ลดลง และมีการลดลงของแคลเซียม ทำให้กระตุ้นฮอร์โมนพาราไทรอยด์และมีการหลั่งฟอสเฟตออกมามาก ทำให้มีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้เกิด Ostiomalacia, Ostietisfibrosa และ Osteosclerosis

2. การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิก ทำให้มีระดับของยูเรีย ไนโตรเจนและครีเอตินินสูง ในเลือด เนื่องจากเมตาบอลิซึมของโปรตีน มีเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผลิตภัณฑ์ในเลือดลดลง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะกรดเมตาบอลิก เนื่องจากไตไม่สามารถขับไฮโดรเจนไอออนได้ และดูดกลับโซเดียมไบคาร์บอเนตได้ลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด เม็ดเลือดแดงมีขนาดรูปร่าง การติดสีผิดปกติไป เนื่องจากไตไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอิริโทรโพอิติน ที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา และมีระดับฮีมาโทคริตต่ำ 20% จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้า อ่อนแรง และทนต่อความเย็นได้น้อยลง ภาวะซีดเล็กน้อยอาจพบได้ในระยะแรกของโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้การแตกของเม็ดเลือดแดง การสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ก็จะทำให้เกิดภาวะซีดได้

4. การเปลี่ยนแปลงของทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบทางเดินอาหารตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก อาการที่พบได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสฝืดเคือง เยื่อบุช่องปากและเหงือกอักเสบ ส่วนอาการที่พบเมื่อมีอาการรุนแรง ได้แก่ การอักเสบของกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (กิตติยา เสททะยะ, 2551; Visovsky, 2002; Wilson, 2003) ส่วนอาการท้องผูกเนื่องจากได้รับยา Phosphate Binding การจำกัดอาหาร ได้รับสารอาหารที่มีกากใยน้อย และไม่มีการเคลื่อนไหว

5. การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันถูกกด การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวลดลง

6. การเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของยา ระดับยาในพลาสมาสูงขึ้น เนื่องจากการลดลงของอัลบูมิน การขับออกของไตลดลง และการเมตาบอลิซึมของยาที่ตับบกพร่อง จึงมีการแพ้ยาได้ง่าย เนื่องจากภาวะยูรีเมียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน Target Organ

7. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการเสียชีวิตถึง 50-65% จากภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Visovsky, 2002) ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการมีภาวะน้ำเกินมีการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone System) มีแอนโดทีลินเพิ่มขึ้น และมีไนโตรออกไซด์ลดลง และยังเชื่อว่าการเกิดเส้นเลือดแข็งในภาวะยูรีเมียเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ คือ ภาวะไชมันในเลือดสูง ภาวะไฮเปอร์พาราไธรอยด์ ระดับออกซาเลต และฮิโมซิสเดอินที่สูงขึ้น รวมถึงการสูบบุหรี่หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบหัวใจห้องล่างซ้ายมีขนาดโตขึ้น จากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ภาวะน้ำเกิน และภาวะซีด ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจมีความผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการมีโปตัสเซียมในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ (Mathers, 2007)

8. การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีหายใจลำบากเนื่องจากภาวะน้ำเกิน และปอดบวม น้ำ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และมีปอดอักเสบ เนื่องจากการทำหน้าที่ของ Macrophage ที่ ปอดลดลง มีหายใจหอบเนื่องจากภาวะกรด ที่ต้องขับเอาไฮโดรเจนไอออนออกมา

9. มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีร้อยละ 90 ขึ้นไปที่มี Renal Osteodystrophy ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการมีฟอสฟอรัสสูง และ แคลเซียมฟอสเฟตที่มักไปเกาะตามอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา ข้อต่อหลอดเลือด หัวใจ ปอด กระดูกและเกิดอาการเจ็บปวดข้อ ซึ่งการขาดวิตามินดี การสะสมของอะลูมิเนียมในกระดูก การมี พาราไธรอยด์ฮอร์โมนต่ำ การมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มีการสะสมของเหล็กในไข กระดูก เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของกระดูกจากภาวะไตวาย (Renal osteodystrophy) อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ปวดกระดูก ข้อ และบริเวณรอบข้ออักเสบ รูปร่างกระดูกผิดปกติ เป็นต้น (Visovsky, 2002; Wilson, 2003)

10. การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ผิวหนังผู้ป่วยจะแห้งมาก เนื่องจากการฝ่อของต่อมเหงื่อ ทำให้เกิดอาการคัน เนื่องจากมีฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูง ทำให้มีการ เกาะของแคลเซียมที่ผิวหนัง อาการคันยังทำผิวหนังเป็นแผลเนื่องมาจากการเกา มีการเปลี่ยนแปลง ของสีผิว เนื่องจากภาวะเลือดออกง่ายทำให้ผิวหนังมีรอยฟกช้ำ มีจุดเลือดออก และมีจ้ำเลือด การคั่ง ของยูโรโครม (Urochrome) ทำให้ผู้ป่วยมีผิวสีเทา นอกจากนี้ยังทำให้ผมเปราะหลุดร่วงได้ง่าย มีเล็บบางและเปราะง่าย

11. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททั้ง ประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ดังนี้ ระบบประสาทส่วนกลางเริ่มตั้งแต่มีอาการซึมลง ขาดความ มีสมาธิ ความตั้งใจในการทำงานลดลง การตัดสินใจไม่ได้ เมื่อเป็นมากขึ้นอาจเกิดอาการสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ประสาทหลอน และกลายเป็นโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ก่อนเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลด้วย อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน แต่มักง่วงซึมในเวลากลางวัน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีอาการกระดูก ชัก เพ้อ หมดสติ และเสียชีวิต ในที่สุด ต้องแก้ไขด้วยการล้างไต ระบบประสาทส่วนปลาย มักพบว่ามีอาการร้อนที่เท้า กดเจ็บ มีอาการขยับเท้าตลอดเวลาต่อมาจะมีอาการชา ผู้ป่วยจะเดินเท้าห่าง ทำให้การทรงตัวไม่ดี อาการ เนื่องจากการคั่งของของเสียในร่างกาย ความผิดปกติของอิเล็กโตรไลต์ และภาวะกรดจากเมตา โบลิค ความผิดปกติของระบบประสาทเหล่านี้ควรได้รับแก้ไข โดยการล้างไต หรือการผ่าตัดเปลี่ยน ไต (Mathers, 2007)

12. การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ ผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงมี ความต้องการทางเพศลดลงและเป็นหมัน ในผู้หญิงประจำเดือนไม่มาหรือมาไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก

โปรเจกต์เตอโรนลดง ในเพศชายระดับเพศเทอโรนลดงทำให้จำนวนเชื้ออสุจิน้อยลงทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง (เกศกนก เข้มคง, 2550; วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543; Schomig, Odoni, & Riz, 2001)

13. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อผู้ป่วยที่มีภาวะไธรวัยเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการและอาการแสดงของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมชัชรอยด์ ต่อมพาราไธรรอยด์ ต่อมใต้สมองการั่งของฟอสเฟตทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดกระดูกผุหรือกระดูกพรุน ภาวะยูรีเมียทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเจริญเติบโต (Growth Hormone) และกลูคาγον (Glucagon) เพิ่มขึ้น ประกอบกับมีภาวะเซลล์ต่อต่อฮอร์โมน อินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ นอกจากนี้ในผู้ชายจะมีระดับของเพศเทอโรนลดง ส่วนในเพศหญิงจะมีระดับของเอสโตรเจน และโปรเจกต์เตอโรนลดง (Visovsky, 2002; Wilson, 2003)

14. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและความเครียด เนื่องจากความเรื้อรังของโรคที่คุกคามชีวิต ความเครียดเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียการรู้สึกควบคุมโรคและการรักษา การรับประทานยาตาม Regimen การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์ การสูญเสียหรือทำงานได้น้อยลง มีภาวะดิ่งเครียดทางเศรษฐกิจ และมีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงมาก

จะเห็นว่าโรคไตเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

การรักษาโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งแนวทางการรักษามีอยู่ 2 ประการคือ การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการบำบัดทดแทนไต (อนุตตร จิตตินันท์, 2547; Porth, 2009; Wilson, 2003)

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) เป็นการรักษาด้วยยา การจัดการกับอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้แก่

1.1 การควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยไตเรื้อรังไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตาม จำเป็นต้องมีการควบคุมและจำกัดสารอาหารเนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกาย โดยเฉพาะสารยูเรีย จุดมุ่งหมายของการรักษานี้เพื่อป้องกันการสลายตัวของโปรตีน โดยการให้สารอาหารทดแทนและพลังงานที่เพียงพอต่อร่างกายดังนี้

1.1.1 การควบคุมอาหารโปรตีน จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับในแต่ละวันขึ้นอยู่กับการทำงานของไต ถ้าค่าครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำคือประมาณ 0.6-0.75 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว ถ้าค่าครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับอาหารโปรตีนต่ำมากคือประมาณ 0.4 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวร่วมกับการรับประทานกรดอะมิโนที่จำเป็นหรือให้กรดคีโตน (Keto Acid) เสริมวันละประมาณ 10 กรัม ในระยะแรกของไตเรื้อรัง การจำกัดโปรตีนไม่ค่อยจำเป็นนัก เนื่องจากไตยังสามารถทำหน้าที่ได้ แต่ในระยะที่ 2, 3 และ 4 เป็นระยะที่ไตมีความสามารถในการขับของเสียลดลงหรือเสียไป จึงจำเป็นต้องมีการจำกัดจำนวนโปรตีน และควรรับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็นได้แก่ เนื้อสัตว์ (หมู ไก่ วัว เป็ด ปลา) นม และไข่ (เกรียง ตั้งสง่า, 2540; Mathers, 2007) วันละประมาณ 0.6 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว

1.1.2 การควบคุมโซเดียม ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของไตในการขับโซเดียมได้น้อยเพียงใด เนื่องจากปริมาณโซเดียมมีความสัมพันธ์กับปริมาตรของสารอาหารที่อยู่ภายนอกเซลล์ ดังนั้นจึงควรจำกัดจำนวนสารเหลวที่อยู่ภายนอกเซลล์ให้พอเหมาะ เพราะถ้าหากขาดน้ำแม้เพียงเล็กน้อยก็จะก่อให้เกิดภาวะยูรีเมียได้เร็ว แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินก็จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจวายได้ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไตสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มาก ก็ไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยมีปัสสาวะมากอาจจะขาดน้ำได้ แต่ในระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไตไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้ทำให้ร่างกายบวม จำเป็นต้องจำกัดโซเดียมเหลือวันละ 2-4 กรัม ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง ของหมักดอง อาหารทะเล อาหารที่ถูกปรุงแต่ง (หมูแดง หมูเค็ม หมูหยอง ไข่พะโล้) ซอส น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น นอกจากนี้การควบคุมปริมาณของเกลือโซเดียมให้ต่ำกว่า 2 กรัม จะช่วยเสริมฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, ดิเรก บรรณจักร์, ดุสิต ลำเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2542; Mathers, 2007)

1.1.3 การควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอล ควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ให้เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โดยจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงได้แก่ ไข่แดง สมอ ตับ สัตว์ ไขมันสัตว์ และกะทิ เป็นต้น เนื่องจากทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อหัวใจต่อหัวใจ หลอดเลือดต่างๆ และอาจเร่งให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

1.1.4 การควบคุมโปตัสเซียม ในผู้ป่วยที่ไตยังขับโปตัสเซียมได้อย่างเพียงพอและระดับโปตัสเซียมในเลือดไม่สูงมากเกินไป ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารประเภทนี้ แต่เมื่ออัตราการกรองของไตต่ำมากและมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน จึงควรควบคุม

อาหารที่มีโปตัสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม องุ่น และพีชจำพวกฝัก (วัลลา ดันตโยทัย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543)

1.1.5 การควบคุมฟอสเฟต อาหารที่มีฟอสเฟตสูงทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงขึ้น จะเป็นผลเสียในระยะยาว จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นมสด เมล็ดพืช โดยผู้ป่วยควรรับประทานฟอสเฟตน้อยกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวันและควรควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งต้องใช้ยาจับฟอสเฟต (Phosphate Binder) ร่วมด้วย (โสภณ นภาพร, 2542)

1.2 การจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะต่างๆมีการจำกัดน้ำไม่เท่ากัน ในผู้ป่วยที่ไตยังสามารถขับปัสสาวะออกมาได้มาก ก็สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม (Dudek, 2001) โดยทั่วไปควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น โดยมีค่าครีเอตินินในเลือดอยู่ในช่วง 8-10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีอาการบวมตามตัวแล้วปัสสาวะออกลดลง ต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม โดยถือตามปริมาณปัสสาวะที่ออกใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ หรือโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในการประมาณการปรับปริมาณน้ำดื่ม คือถ้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นควรลดปริมาณน้ำดื่ม (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

1.3 การใช้ยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ยาที่ใช้ได้แก่

1.3.1 ยาจับฟอสเฟต (Phosphate Binder) ใช้เพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับการควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟต ยากลุ่มนี้ได้แก่เกลือแคลเซียม เกลือแมกนีเซียม เกลืออลูมิเนียม โดยออกฤทธิ์จับฟอสเฟต ผลข้างเคียงคือ อาจเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากได้ใส่ชุดแคลเซียมเพิ่มขึ้น จึงควรรับประทานยาพร้อมอาหาร ในกรณีที่ฟอสเฟตในเลือดสูงมากควรเลือกใช้เกลืออลูมิเนียมแทนในช่วงแรกก่อน

1.3.2 ยาลดความดันโลหิต ยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิตคือ Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACE-inhibitor) หรือ Angiotensin Receptor Blocker (เกรียง ตั้งสง่า, 2540; ขวลิต รัตนกุล, 2547) ผู้ป่วยควรควบคุมความดันโลหิตให้เท่ากับหรือต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

1.3.3 ยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์เพิ่มการขับเกลือแร่และน้ำที่คั่งในภาวะไตวาย ส่งผลให้ลดอาการบวมและลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะที่ใช้ได้แก่ยากลุ่ม Loop Diuretic เช่น Lasix

1.3.4 ยารักษาภาวะซีดหรือโลหิตจาง ยาที่ใช้ได้แก่ ฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน เช่น รีคอร์มอน อีเพริกซ์ อีแมกซ์ ซึ่งก่อนเริ่มให้ต้องตรวจหาปริมาณธาตุเหล็กในร่างกาย หากมีภาวะขาดธาตุเหล็กด้วย ก็ให้ธาตุเหล็กทดแทนทางปาก เช่น เฟอร์รัสซัลเฟต เฟอร์ไรต์

1.3.5 การให้ด่างทดแทน ภาวะความเป็นกรดมีผลเสียต่อร่างกายหลายอย่าง เช่น ทำให้กระดูกพรุน มีการสลายตัวของโปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระดับของเสียในเลือดเพิ่มสูงขึ้น จึงให้ด่างทดแทน ได้แก่ โซดามินท์

1.3.6 วิตามินรวมและกรดโฟลิก อาจช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะขาดธาตุสังกะสี ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันและความอยากอาหารของผู้ป่วย

2. การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ในการบำบัดทดแทนไตขึ้นต้องพิจารณา อัตราการเสื่อมของโรค ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการดำเนินของโรค และการตอบสนองต่อการรักษา โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยต้องพิจารณาสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธแม้มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการทำบำบัดทดแทนไต ขณะที่บางรายต้องเริ่มทำตั้งแต่นั่น ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตประกอบด้วย

2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกรองของเสียจากเลือด โดยให้เลือดจากหลอดเลือดผู้ป่วยผ่านเข้าหลอดฝอยซึ่งมีจำนวนมากในตัวกรองเลือด (Dialyser) ของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยออกมาในน้ำยาที่อาบอยู่รอบนอกของหลอดฝอยในตัวกรองเลือด โดยอาศัยหลักการที่ว่า สารละลายจะซึมผ่านผนังจากด้านที่มีความเข้มข้นสูงมาสู่ด้านที่มีความเข้มข้นต่ำ เมื่อเลือดผ่านตัวกรองเลือดแล้วก็จะไหลกลับเข้าร่างกายทางหลอดเลือดอีกทางหนึ่ง โดยทั่วไปใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

2.2 การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) เป็นการขับของเสียออกทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย (Peritoneal Membrane) เป็นตัวกรองน้ำ ของเสียและเกลือแร่ โดยปริมาณของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยที่มีจำนวนมากที่เยื่อช่องท้องออกมาในน้ำยาที่ใส่ไว้ในช่องท้อง และถูกปล่อยออกมาจากช่องท้อง วิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง ภายหลังจากได้รับการฝึกสอนจากแพทย์และพยาบาลเป็นเวลา 1-4 สัปดาห์ ขณะที่ทำการรักษาผู้ป่วยสามารถทำงานและปฏิบัติการกิจได้ตามปกติ

2.3 การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าการเปลี่ยนไต เป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นที่ยอมรับและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเหมือนปกติ เพียงแต่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็มีอัตราเสี่ยงสูง และผลของการรักษาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตด้วย ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

แนวทางการพยาบาลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยมีแนวทางการพยาบาลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตดังนี้ (อัมพร ชอฐานานุกิตต์, 2551)

1. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Modification) ได้แก่

1.1 การควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้มากหรือน้อยกว่าน้ำหนักตามเกณฑ์ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินควรลดปริมาณอาหารต่อมื้อให้น้อยลง อาจเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยรับประทาน ห้ามลดน้ำหนักด้วยการลดอาหารอย่างรวดเร็วหรืออดอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น น้ำตาล ขนมหวาน ไอศกรีม ขนมหัก

1.2 กรณีไม่สบายแม้เพียงเล็กน้อย เช่น อาการเจ็บคอ ควรรีบดูแลให้หาย เนื่องจากไตอาจอักเสบตามมาได้

1.3 ควรสร้างอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ดี เพราะอุปนิสัยในการขับถ่ายที่ไม่ถูกต้อง จะนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพในการควบคุมระบบประสาทกระเพาะปัสสาวะ ทำให้การเก็บและขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติไปด้วย อุปนิสัยที่ดีในการขับถ่ายสามารถฝึกหัดโดยการดื่มน้ำสะอาดวันละประมาณ 6-8 แก้ว (1500-2000 ซีซี/ วัน) ใช้เวลาเต็มที่เมื่อถ่ายปัสสาวะ ไม่รีบร้อน และแน่ใจว่าปัสสาวะออกหมด

1.4 ระวังอย่าให้ท้องเสีย เพราะถ้าสูญเสียน้ำเป็นจำนวนมากและรวดเร็วจะเกิดไตวายเฉียบพลัน ต้องทำการล้างไตฉุกเฉิน และพบว่าไตมักจะไม่ฟื้นกลับมา

1.5 ปรับอุปนิสัยการรับประทานอาหาร ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและในปริมาณที่เหมาะสม ควรลดการบริโภคสารอาหารกลุ่มไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) ได้แก่ น้ำมันหมู กะทิ นม เนย เนื้อมะพร้าว น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนยเทียม และควรลดการบริโภคเกลือลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนหน่วยไต (Nephron) น้อยกว่าคนปกติ ทำให้เกิดการคั่งของเกลือได้ง่าย

1.6 ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายควรเป็นแบบ Aerobic Exercise เช่น โยคะ ไทเก็ก เต้นแอโรบิก เป็นต้น

1.7 เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 1-6 เท่า

1.8 เลิกดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์ให้พลังงานสูง ซึ่งจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ไม่เป็นผลดีต่อหัวใจ แอลกอฮอล์ยังทำให้ปัสสาวะมากขึ้น ทำให้สมองควบคุมกระเพาะปัสสาวะได้ลำบาก

1.9 งดรับประทานยาที่ไม่จำเป็น เช่น ยาสมุนไพร ยาจีน ยาลูกกลอน เนื่องจากอาจมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ (Steroid) และเกลือผสมอยู่มาก ทำให้เกิดการสะสมของน้ำและเกลือแร่ เพิ่มระดับความดันโลหิต และเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด

1.10 หลีกเลี่ยงสารโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ทองแดงปรอท ซึ่งมักใช้ในอุตสาหกรรม แบตเตอรี่รถยนต์ เหล็กกล้า สีทาบ้าน น้ำมันเบนซิน เมื่อตกค้างในร่างกายจะกลายเป็นพิษทำลายไต

1.11 พักผ่อนให้เพียงพอ ควรพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน หลีกเลี่ยงความเครียด ทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ

2. ควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยควรได้รับยาลดความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่ ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I) หรือยา Angiotensin Receptor Blockers (ARB)

3. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยไตเรื้อรังและเป็นเบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์อย่างเคร่งครัด โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกากำหนดให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ควบคุมให้น้อยกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงเล็กและใหญ่ และระดับ HbA1C สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ควบคุมให้น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ควบคุมให้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 6.5 เปอร์เซ็นต์ (American Association of Clinical Endocrinologists [AACE], 2002, cited in Unger, 2007)

4. จำกัดอาหารโปรตีน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นต้นไป ควรได้รับอาหารโปรตีนไม่เกิน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม เพื่อลดภาวะเลือดเป็นกรด แต่ต้องระมัดระวัง การควบคุมมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้

5. ลดระดับไขมันในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ระดับไขมันในเลือดที่ต้องควบคุมคือ LDL-cholesterol ควรต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

6. หลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อไต ได้แก่ ยาบรรเทาอาการปวด และยาลดการอักเสบในกลุ่ม NSAID ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Aminoglycoside และยาแก้ปวด Paracetamol นอกจากมีผลต่อดับ ถ้าได้

รับเกินขนาดอาจทำให้มีการเสื่อมของไตเร็วกว่าปกติ

7. ควบคุมระดับความสมดุลของกรดต่างในร่างกาย ผู้ป่วยอาจได้รับยา Sodamint ผลไปคาร์บอนेटในเลือดไม่ควรต่ำกว่า 22 มิลลิอีควาเลนต่อลิตร

8. ควบคุมอาหารเค็ม ความต้องการเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถของไตที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่ใช้เกลือถนนอาหาร งดการใช้เครื่องปรุงรสที่มีเกลือผสม งดใช้สารเคมีที่มีโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารธรรมชาติที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารทะเล หอย กุ้ง ปลาหมึก

9. ฝ้าระวังระดับสารฟอสฟอรัสในเลือดให้ต่ำกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และรักษาระดับแคลเซียม และฟอสเฟต ให้ต่ำกว่า 55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

10. ฝ้าระวังค่าฮีโมโกลบินในเลือดให้อยู่ระหว่าง 11-12 กรัมต่อเดซิลิตร

11. ฝ้าระวังการดำเนินของโรค จากผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าของเสียในเลือดปียูเอิน (Blood Urea Nitrogen) และค่าครีเอตินิน (Creatinine) การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อประเมินผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีค่า GFR ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร หรือเร็วกว่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมอย่างรวดเร็ว

ผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก เกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และเกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ซึ่งส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งไตเสียหายที่ในการจัดของเสีย ทำให้มีการคั่งของของเสียในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดง ที่รบกวนผู้ป่วย ซึ่งอาการและอาการแสดงอาจจะมีเพียงเล็กน้อยที่ก่อให้เกิดความรำคาญ จนถึงคุกคามชีวิต เช่น อาการคันผิวหนัง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง น้ำท่วมปอด หวัดใจวาย เป็นต้น ซึ่งจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยไม่มีความสมบูรณ์ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ได้ลดลง ดังการศึกษาของดังการศึกษา (Heiwe et al., 2003) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับความสามารถทางกาย พบว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์อ่อนล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถและการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้การปฏิบัติกิจและความทนในการทำกิจกรรมลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมาก การมาพบแพทย์ หรือการเข้ามานอนในโรงพยาบาล ความจำเป็นในการได้รับ

เครื่องมือที่พิเศษ การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร การได้รับประทานยาจำนวนมาก หรือ ขาดความรู้ในการรักษาใหม่ ๆ และการตรวจต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เมื่อความเครียดมี ยืนนาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อการทำงานของระบบเบรติคูลาร์ แอทิวเทิง ทำให้ขาดความตื่นตัว รู้สึกเหนื่อยง่าย ง่วงซึมตลอดเวลา ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงนอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (บุญมี แพร้งสกุล, 2545; Chikotas, Gunderman, & Oman, 2006)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครอบครัวทำให้มีผลกระทบต่อ สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ โดยครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สมาชิกใน ครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแล สนับสนุนด้านต่างๆที่เป็นการจัดการ เช่นการติดต่อ ประสานงาน การแสวงหาค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางจิตสังคม รวมทั้งการให้การดูแลตามแผนการ รักษา เช่น การให้รับประทานยาเฉพาะโรค การให้ยาตามเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับ โรค ได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพานุคคลใน ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด

4. ด้านเศรษฐกิจ พบว่าการรักษาโรคไตเรื้อรังนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากเป็น โรคเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อชะลอ ไม่ให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธี ไตวิธีหนึ่งได้แก่ การล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการ ปลุกถ่ายไต ซึ่งการบำบัดทดแทนไตมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ถ้าฟอกเลือดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000 - 30,000 บาทต่อเดือน ต้นทุนการล้างไตทางหน้าท้องเท่ากับ 125 บาทต่อถุงน้ำยาต่อครั้ง ส่วนต้นทุนของการปลุกถ่ายไตสำหรับไตที่ได้จากผู้เสียชีวิต (Cadaveric Donor) เท่ากับ 154,234 บาท ไตที่ได้จากผู้ที่ยังมีชีวิต (Living Related) เท่ากับ 171,535 บาท (กัญญา ดิษยาธิคม, รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2547) เนื่องจากภาวะของโรค และการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มเวลา ต้องเปลี่ยน อาชีพ ผลสุดท้ายทำให้มีรายได้น้อยลงหรือขาดรายได้ (กานดา ออประเสริฐ, 2537)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต จะมี การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และมี ผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะ อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ ทรมาณและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่พบใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก็จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีการจัดการกับอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ปรากฏครั้งแรกในปี 1995 (Lenz et al., 1995) และมีการพัฒนาปรับปรุงใหม่ โดยในปี 1997 (Lenz et al., 1997) กล่าวว่าเมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน และนำไปใช้ในการจัดการอาการใดอาการหนึ่ง ซึ่งจะช่วยในการจัดการอาการอื่นๆ อีกด้วย ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ อาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และผลที่ตามมาของอาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการ เป็นจุดเน้นสำคัญของทฤษฎี ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติและส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity: Strength or Severity) ความทุกข์ทรมาน (Level of Distress: Degree of Discomfort or Bothersomeness) เวลา (Timing: Duration or Frequency) และคุณภาพ (Quality) ซึ่งมีมิติของอาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน อาการที่เกิดขึ้นบ่อย และเกิดอยู่ตลอดเวลา ก็จะมี ความรุนแรง ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน การรบกวน และแปลความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร

ความรุนแรง (Intensity: Strength or Severity) เป็นการรับรู้ถึงอัตราความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร เช่น ความรุนแรงของอาการปวดเป็นเท่าไร

ความทุกข์ทรมาน (Level of Distress: Degree of Discomfort or Bothersomeness) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงอาการที่เกิดขึ้นว่ามีระดับความทุกข์ทรมาน การรบกวนมากน้อยเพียงใด

เวลา (Timing: Duration or Frequency) เป็นการบ่งบอกถึงความถี่ ระยะเวลาของการมีอาการว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นชั่วคราวหรือเป็นอยู่ตลอดเวลา โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำโดยเฉพาะ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนจะมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

คุณภาพ (Quality) เป็นการอธิบายถึงตำแหน่ง หรือเป็นความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร เช่น อาการหายใจลำบากทำให้หายใจไม่ออก แน่นหน้าอก หรือได้รับอากาศไม่เพียงพอ ซึ่งการให้ความหมายของอาการจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ทักษะการใช้ภาษา และประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Antecedence: Influencing Factors) เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วยปัจจัยด้านสรีระวิทยา (Physiologic Factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) มีรายละเอียดดังนี้

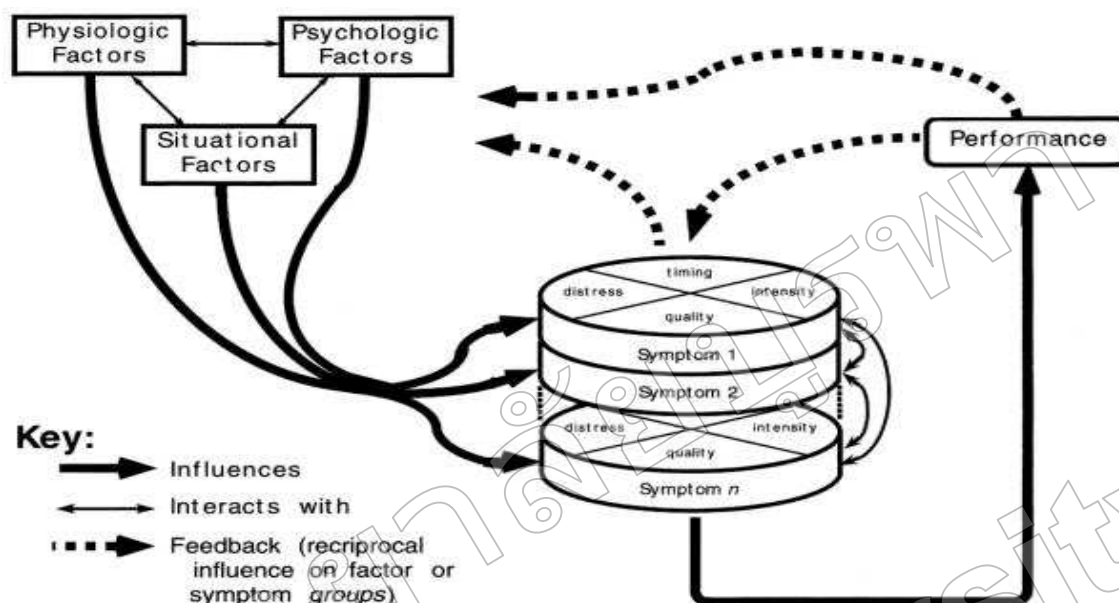
ปัจจัยด้านสรีระวิทยา (Physiologic Factors) ลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านสรีระ ได้แก่ การทำหน้าที่ปกติของระบบต่าง ๆ ร่างกาย การมีพยาธิสภาพจากโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรคและระดับพลังงานของแต่ละบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงความสมดุลของภาวะโภชนาการ และระดับของการขาดน้ำ ทำให้การส่งพลังงานลดลง ทำให้กระตุ้นการเกิดอาการขึ้นได้

ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors) เป็นสภาวะด้านจิตใจหรือ อารมณ์ที่มีผลมาจากการเจ็บป่วย ความไม่แน่นอน ความรู้ และการให้ความหมายต่ออาการ ซึ่งอาการที่มีความแตกต่างกันจะมีผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้เกิดวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีผลต่อความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพของอาการ

ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ และมีผลต่อประสบการณ์อาการ ปัจจัยด้านสถานการณ์ได้แก่ สถานการณ์ทำงาน สถานภาพสมรส และครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ วิถีชีวิตต่าง ๆ เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านมีปฏิสัมพันธ์กันและมีความสัมพันธ์กับอาการ ปัจจัยทางด้านสรีระ เช่น การมีพยาธิสภาพจากโรค ความรุนแรงของโรค ทำให้มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อปัจจัยด้านจิตใจ ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง และสูญเสียอาชีพได้

3. ผลที่ตามมาของอาการ (Consequences) เป็นผลลัพธ์ของประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติหน้าที่ (Performance) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social Activities and Interaction) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role Performance) และการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา (Cognitive Activities) ได้แก่ การมีสมาธิ การคิด หรือ การแก้ปัญหา เป็นต้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไป ประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Updated version of the Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms.

(Lenz et al., 1997, p 3).

จะเห็นได้ว่า อาการจึงเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะรับรู้ถึง ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการให้ความหมายหรือลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Lenz et al., 1997) อาการที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งแวดล้อมความสุขสบายรวมทั้งอาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความผิดปกติหรือเกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพได้เช่นกัน (สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2551) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากไตเสียหายหนัก การทราบถึงอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ก็จะช่วยให้งานหน้าที่ทางด้านสุขภาพจัดการอาการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ

อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมากและมีการคั่งของของเสียในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการไว้ดังนี้

Lenz et al. (1997) กล่าวถึงอาการว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติและส่งผลกระทบต่อบุคคล อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันหรือเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ อาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity: Strength or Severity) ระดับความทุกข์ทรมาน (Level of Distress: Degree of Discomfort or Bothersomeness) เวลา (Timing: Duration or Frequency) และคุณภาพ (Quality) ซึ่งมีมิติของอาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน (Lenz et al., 1997)

Dodd, Janson, Facione, Faucet, and Diedericks (2001) กล่าวว่า อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) ความรู้สึก (Sensation) และการรู้คิด (Cognitive) ประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน (Distress) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของบุคคล เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีลักษณะเป็นพลวัตร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน

Gift (2004) กล่าวว่า อาการคือประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรัง หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ และส่งผลกระทบต่อบุคคล อาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดเพียงอาการเดียว หรือเกิดหลายอาการพร้อมกัน อาการที่เกิดขึ้นมีหลายมิติ ได้แก่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน เวลา และคุณภาพ โดยอาการที่เกิดขึ้น นอกจากจะเป็นผลมาจากโรคไตเองแล้ว อาจเป็นผลมาจากภาวะโรคร่วม และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับได้เช่นกัน

อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก จึงต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยดังนี้

1. อาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90.7 (Curtin et al., 2002) ซึ่งสาเหตุของอาการเหนื่อยล้ามาจากปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น การเกิดของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซีด การนอนหลับไม่เพียงพอ (บุญมี แพร้งสกุล, 2545) ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เช่น ความเครียด วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ทั้งสองปัจจัยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตอบสนองซึ่งกันและกัน การตอบสนองของอาการเหนื่อยล้าจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เช่น อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความทนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง (Petchrung, 2004)

ส่วนการตอบสนองทางด้านอารมณ์พบว่า ผู้ป่วยไม่อยากลิ้มรส ไม่อยากพูดคุย รู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่าย ขาดสมาธิ (วาทีณี ศรีไทย, 2548) ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย ทำให้มีการทำกิจกรรมลดลง มีปัญหาในด้านการนอนหลับ และมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ทรุดโทรมสำหรับทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัญหาในด้านการนอนหลับ อาการและอาการแสดงต่าง ๆ รวมถึงความวิตกกังวล (McCann & Boore, 2000) เกิดเป็นความทุกข์ทรมาน เป็นภาวะแทรกซ้อนทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตแย่ลง (Tsay, 2004)

2. อาการคัน เป็นผลมาจากการมีแคลเซียมฟอสเฟตตกตะกอนในผิวหนัง การมีวิตามินเอในเลือดสูงกว่าปกติ การมีผิวแห้งและภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงกว่าปกติ ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ระดับฮีสตามีนในเลือดสูงกว่าปกติ สารพิษอินซูลิน (Toxin Substance) และมีความผิดปกติของปลายประสาทส่วนที่มาจากผิวหนัง มีการเสื่อมของระบบประสาทรับความรู้สึก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย (วิวัฒน์ ก่อกิจ, 2545) ซึ่งอาการคันจะส่งผลกระทบต่อารนอนหลับ การใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต (บุญมี แพร้งสกุล, 2545)

3. อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะพบอาการของระบบทางเดินอาหารได้บ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน สะอึก และเบื่ออาหาร ซึ่งสาเหตุ ยังอธิบายไม่ได้แน่ชัด แต่พบว่าอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระดับของยูรีเมีย และอาการจะดีขึ้นเมื่อได้รับน้ำเพียงพอ (วัลลา ดันตโยทัย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543)

4. อาการท้องผูก เนื่องจากการได้รับยา Aluminium Antacid เพื่อลดระดับฟอสเฟต การดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใยสูง การเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติจาก Uremic Neuropathy ตลอดจนการมีกิจกรรมลดลง (วัลลา ดันตโยทัย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543)

5. อาการปวด ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตามข้อและกระดูก ลักษณะอาการปวดศีรษะที่พบคือ มีอาการปวดทั่วศีรษะ ปวดตื้อ ๆ บริเวณขมับและท้ายทอย ซึ่งอาการปวดศีรษะเกิดจากการสะสมของ Uremic Toxin และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ ทำให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ จะมีการกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ (วัลลา ดันตโยทัย และประครอง อินทรสมบัติ, 2543) ส่วนอาการปวดข้อและกระดูก เกิดจากการสะสมเบตาไมโครโกลบูลิน อมัยลอยด์ ($\beta 2$ Microglobulin Amyloid) ซึ่งจะสะสมที่กระดูกและข้อของผู้ป่วย มีการกดทับเส้นประสาท โดยเฉพาะเส้นประสาทมีเดีย (Median Nerve) ทำให้เกิดอาการปวดข้อข้ออักเสบ และการหดเกร็งของเอ็นนิ้วมือ (พงษ์พันธ์ จันทศิริ, 2550)

6. อาการบวม เนื่องจากไตเป็นอวัยวะสำคัญในการควบคุม การขับหรือเก็บกักน้ำในร่างกาย ถ้าการทำงานของไตผิดปกติ เกลือแร่และน้ำส่วนที่เกินนี้ จะคั่งค้างอยู่ในร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวมบริเวณใบหน้า มือ เท้าได้ ถ้าน้ำส่วนเกินมีปริมาณมากเกินไป ทำให้เกิดน้ำท่วมปอด และมีผลกระทบต่อหัวใจ (อุดม ไกรฤทธิชัย, 2545; อนุตตร จิตตินันท์, 2546)

7. อาการตะคริว ขาปลายมือปลายเท้า ขากระดูก เป็นผลมาจากภาวะยูริมิก นิวโรพาที (Uremic Neuropathy) มีสาเหตุทางเมตาโบลิซึมหรือ ทอกซิน (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2545) ซึ่งอาการชาตามปลายมือปลายเท้าจะมีอาการคล้ายกับสวมถุงมือ ถุงเท้า จะสูญเสียความรู้สึก มีความรู้สึกในระยะแรกคือ ปวดแสบ ปวดร้อน มีอาการขากระดูก มีอาการคล้ายอะไรที่มึนงงหรือไต คันที่บริเวณต้นขาและบริเวณหน้าแข้ง ทำให้เกิดความรู้สึกรำคาญ รบกวนการนอนหลับ (พงษ์พันธ์ จันทิโร, 2550) ส่วนอาการตะคริวเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับพลาสมา หรือน้ำภายนอกเซลล์ และการลดลงอย่างรวดเร็วของซีรัมออสโมลาริตี (Osmolarity) มักเกิดร่วมกับภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือด (บุญมี แพร้งสกุล, 2545)

8. อาการซิด เนื่องจากไตสร้างฮอร์โมนอิริโทรพอยอิตินได้ลดลงหรือไม่ได้สร้าง การขาดธาตุเหล็ก เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เนื่องจากมีของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซิด ทำให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันลดลง ระบบความจำลดลง หน้าที่ความสามารถทางเพศลดลง ลดความอยากอาหาร คุณภาพชีวิตต่ำลง ส่งผลรบกวนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง หัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสเป็นโรคหัวใจ ทำให้เพิ่มอัตราความพิการและอัตราการตาย (พงษ์พันธ์ จันทิโร, 2550)

9. อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการนอนไม่หลับมักพบได้ 50-90% ในผู้ป่วยที่ทำการล้างไตและผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำการล้างไต (Germian & McCarthy, 2004 cited in Noble, 2008; Murtagh et al., 2006) ซึ่งอาการนอนไม่หลับจะมีความสัมพันธ์กับอาการปวด อาการนอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนมากตอนกลางวัน มีผลต่อประสิทธิภาพความจำ เกิดการรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากมีผลรบกวนต่อการปฏิบัติงาน และเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น การขับรถ การควบคุมเครื่องจักรกล (พงษ์พันธ์ จันทิโร, 2550; Modjod, 2007)

10. หายใจลำบาก เกิดจากมีน้ำเกินมีภาวะกรดในร่างกาย และหัวใจล้มเหลว (วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543; Noble, 2008) อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจ และใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ นอกเหนือจากที่เคยใช้ในการหายใจ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง แม้กระทั่งกิจวัตรประจำวัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

11. ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เศรษฐกิจหมุนเวียนไม่คล่องตัว รู้สึกว่าความมีอำนาจลดลงเพราะไม่แข็งแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร อารมณ์ทางเพศลดลง นอนไม่หลับ บางครั้งอยากทำร้ายตนเอง ผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อาจรู้สึกว่าตนเองหมดสมรรถภาพความสามารถในการเป็นผู้นำ ทำให้ไม่อยากเข้าสังคม (กานดา ออประเสริฐ, 2537; อุดม ไกรฤทธิชัย, 2548)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต จะมีอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ และแต่ละอาการก็จะนำไปสู่การเกิดอาการอื่น หรือมีความสัมพันธ์กัน จึงควรได้มีการประเมินเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุม เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการจัดการอาการที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

การประเมินเกี่ยวกับอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การประเมินอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในผู้ป่วยเรื้อรัง มีการสร้างแบบประเมินที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดแต่ละอาการ และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก

1.1 แบบประเมินอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale) (Gift, 1989) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 เซนติเมตร ทุก ๆ ตำแหน่งที่อยู่บนเส้นตรงใช้แทนค่าคะแนนเชิงปริมาณของระดับความรู้สึกหายใจลำบากที่แตกต่างกัน ตำแหน่งที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือตำแหน่งที่มีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ ซึ่งอยู่ตรงตำแหน่งซ้ายสุดของเส้นตรงแนวนอน หรือตำแหน่งล่างสุดของเส้นตรงแนวตั้ง มีตัวเลขแสดงค่าคะแนนและคำกำกับไว้ว่า “ไม่มีอาการหายใจลำบาก” ปลายอีกด้านหนึ่งของเส้นตรงเป็นตำแหน่งที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือตำแหน่งที่มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 ซึ่งอยู่ตรงตำแหน่งขวาสุดของเส้นตรงแนวนอนหรือตำแหน่งบนสุดของเส้นตรงแนวตั้ง มีตัวเลขแสดงค่าคะแนนและคำกำกับไว้ว่า “มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด” ผู้ถูกวัดเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงบนเส้น ตรงตำแหน่งที่แสดงความรู้สึกหายใจลำบากของตนเองในขณะนั้น แบบวัดชนิดนี้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ได้รับคำตอบและคิดคะแนนได้รวดเร็ว

1.2 แบบประเมินอาการหายใจลำบากชนิด Borg's scale (Carrieri-Kohlman, 1991 Cited in Carrieri-Kohlman & Janson-Bjerklie, 1993) เป็นแบบวัดที่มีสเกลตั้งแต่ 0-10 ถ้าไม่มีอาการหายใจลำบากให้ลำดับเท่ากับ 0 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุดให้ลำดับเท่ากับ 10 ระหว่างลำดับ 0-10 มีการจัดอันดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่น้อยไปหามาก 12 อันดับ โดยมีข้ออธิบายความรุนแรงของความรู้สึกในระดับต่าง ๆ กำกับไว้ด้านข้าง

1.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก Shortness of Breath Questionnaire: SOBQ

(ปรับโดย University of California, San Diego) (Eakin, Resnikoff, Prewitt, Ries, & Kaplan, 1998) เป็นแบบประเมินอาการหายใจลำบากที่ปรับปรุงจาก SOBQ ฉบับเดิม ที่มี 21 ข้อคำถาม แบบประเมินฉบับปรับปรุงขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คำถามที่เพิ่มจากฉบับเดิม 3 ข้อ คือคำถามเกี่ยวกับข้อจำกัดของอาการหายใจลำบาก ความกลัวอันตรายที่เกิดจากการออกกำลังกายมากเกินไป และกลัวอาการหายใจลำบาก ผู้ถูกทดสอบจะได้รับคำแนะนำให้ระบุความรุนแรงของอาการหายใจลำบากจาก 6 ระดับ คะแนนมีให้เลือกในแต่ละข้อคำถาม คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก คะแนน 5 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุดหรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากอาการหายใจลำบาก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 - 120 คะแนน

2. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ บุญมี แพริ่งสกุล (2545) ที่นำมาจากแบบวัดอาการเหนื่อยล้าของปียวรรณ ปฤษฎานันท์ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ เฉพาะส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง 6 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ความหมาย 5 ข้อ 3) ด้านความรู้สึก 5 ข้อ 4) ด้านสติปัญญา/อารมณ์ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับ และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด นำไปใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93

3. แบบประเมินอาการของ สุกัญญา ช้อยกล้า (2550) เป็นแบบสอบถามใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่สร้างจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) โดยประเมินระดับความถี่ ความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วยอาการทางด้านร่างกายขณะฟอกเลือด 11 ข้อ ทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 4 ข้อ อาการที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังฟอกเลือดทางด้านร่างกาย 7 ข้อ ทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบในด้านการประเมินความถี่ของอาการมีการให้คะแนน 0 - 3 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย 3 หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกครั้ง ลักษณะคำตอบด้านการประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ โดย 0 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด มีค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .90 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเกี่ยวกับการประเมินความถี่ของอาการเท่ากับ .90 การประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเท่ากับ .94

4. แบบประเมินอาการ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ใช้ประเมินประสบการณ์อาการ ซึ่งพัฒนาโดย (Portenoy et al., 1994) ใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งโรคลุกลาม ซึ่งแบบประเมิน MSAS มีการทดสอบความตรงและความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตั้งแต่ 0.76 - 0.87 เป็นเครื่องมือที่ใช้ ประเมินอาการได้หลายมิติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการทั้ง 32 อาการ ความถี่ของอาการมีตั้งแต่ 1 - 4 โดย 1 หมายถึงมีอาการเกิดขึ้นน้อยมาก 2 มีอาการเกิดขึ้นบางครั้ง 3 มีอาการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง 4 มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 โดย 1 หมายถึงมีความรุนแรงของอาการน้อย 2 มีความรุนแรงของอาการปานกลาง 3 มีความรุนแรงของอาการมาก 4 มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด ความทุกข์ทรมานของอาการมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 โดย 0 หมายถึงไม่มีความทุกข์ทรมานของอาการเลย 1 มีความทุกข์ทรมานของอาการเล็กน้อย 2 มีความทุกข์ทรมานของอาการพอควร 3 มีความทุกข์ทรมานของอาการค่อนข้างมาก 4 มีความทุกข์ทรมานของอาการมากที่สุด

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินอาการที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินอาการ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) (Portenoy et al., 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตซึ่งมีทั้งหมด 13 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคัน อาการท้องผูก เบื่ออาหาร อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล หายใจลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการแสบร้อน/ กระจกที่ขา ชิมเศร้า อาการวิงเวียน และอาการรู้สึกบวมตึงที่แขน/ ขา

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามมา และส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่จึงเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และ ความรุนแรงของโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการขับของเสีย และไม่สามารถควบคุมสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ไว้ได้ ทำให้เกิดการคั่ง

ของของเสียในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดภาวะซีด มีการทำลายกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความผิดปกติของระบบประสาท ความทนต่อกลูโคสลดลง ความหนาแน่นของกระดูกลดลง และการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคมลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ต้องเผชิญกับความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ จากการที่ไตสูญเสียหน้าที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ร้อยละ 70 ของคนปกติเท่านั้น (Heiwe et al., 2003)) จึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ทำให้โรคมีความก้าวหน้า และรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตเร็วขึ้น การปฏิบัติหน้าที่จึงเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และการเสียชีวิต ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายและจำแนกชนิดของการปฏิบัติหน้าที่ไว้ดังนี้

ความหมายและการจำแนกชนิดของการปฏิบัติหน้าที่

Lenz et al. (1997) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่คือ กิจกรรมทางกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติบทบาทอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาเกี่ยวกับความสนใจ สมาธิ การคิด และการแก้ปัญหา

Lawtow and Brody (1969) ได้ให้ความหมายของคำว่า การปฏิบัติหน้าที่ว่า หมายถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย (Basic Activities of Daily Living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น และการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การจ่ายตลาดและการเดินทาง เป็นต้น

Stewart and Brook (1983) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ว่าเป็นการปฏิบัติกิจวัตรที่มีความหลากหลายที่เป็นปกติในผู้ที่มีสุขภาพร่างกายดี ประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรมคือ

1. กิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ การแต่งตัวและการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
2. การเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน การเคลื่อนไหวนอกบ้านหรือชุมชน เป็นต้น
3. กิจกรรมทางกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การใช้ไม้ค้ำยัน การยก การโค้ง เป็นต้น
4. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียนหรือกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

5. กิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นกีฬา เป็นต้น

Leidy (1994) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ว่า หมายถึง ความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานคงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก ซึ่ง (Leidy, 1994) กล่าวว่า การปฏิบัติหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 4 มิติคือ ความสามารถ (Capacity) การปฏิบัติ (Performance) พลังงานสำรอง (Reserve) และการนำศักยภาพออกมาใช้ (Capacity Utilization) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) คือ ศักยภาพสูงสุดของบุคคลในการที่จะทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อปฏิบัติบทบาทปกติ (ที่เคยทำเป็นประจำ) ให้สำเร็จ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก และความสามารถในการทำหน้าที่ ยังหมายถึง ศักยภาพในทุกมิติ รวมทั้งกาย การรู้คิด จิตสังคม จิตวิญญาณ และปัจจัยส่วนบุคคล แต่ในด้านการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) จะหมายถึง ความสามารถสูงสุดของร่างกายในการเผาผลาญพลังงานในร่างกายโดยการออกกำลังกายสูงสุด

2. การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิต สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตประจำวันในชีวิตปกติของเขา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องการและอยากจะทำ) ไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์ กิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวัน (ADL= Activities of Daily Living) และกิจกรรมประจำวันระดับปานกลาง (IADL= Intermediate Activities) กิจกรรมจะรวมถึงสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล เช่น งานอดิเรกหรือช่วงเวลาที่ชอบ (ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำสวนและความสามารถในการแก้ปัญหา) ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมทางจิตด้วย กิจกรรมทางสังคม จะรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การเยี่ยมเพื่อน การโทรศัพท์ และการทำงานเป็นต้น กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิ และการประกอบพิธีทางศาสนาและการบวงสรวง

3. พลังงานสำรองของหน้าที่ (Functional Reserve) คือความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) และการปฏิบัติ (Functional Performance) โดยทั่วไปคนเราจะไม่ทำศักยภาพที่เขาทำอย่างเต็มที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การจัดการเรื่องการเงิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น โดยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4. การนำศักยภาพหน้าที่ออกมาใช้ (Functional Capacity utilization) คือศักยภาพหน้าที่หรือความสามารถในหน้าที่ (Functional Potential) จะถูกใช้ในระดับต่าง ๆ ของการกระทำ ในระดับของการกระทำที่เขาเลือกแล้ว

Frank and Stromborg (1997) ได้ให้ความหมายของ การปฏิบัติหน้าที่ว่า หมายถึง ความสามารถในการแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน จากแนวคิดของแฟรง และสตรอมเบอก กล่าวว่าหน้าที่ (Function) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 2 มิติ คือความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) และการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Status) มีความหมายเหมือนกันหรือใช้แทนกันได้ คือหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติบทบาทและเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สนใจและได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) คือความสามารถจริงหรือศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปกติของชีวิตให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จะรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL=Basic Activities of Daily Living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น หรือรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL=Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การทำงานบ้านและการเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การเคลื่อนย้าย เป็นต้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL=Basic Activities of Daily Living) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) คือ ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL (Advance Activities of Daily Living เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วมในสังคมและกลุ่มศาสนา) เป็นต้น

อรนุช ประดับทอง (2545) ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ไว้ว่า เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) แต่จะกล่าวรวมทั้งกิจกรรมในการดูแลตนเอง กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมในครอบครัว อาชีพการงาน และกิจกรรมทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมาย การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ มีผู้เสนอวิธีการประเมินไว้หลายวิธี ดังนี้

1. แบบประเมิน Enforced Social Dependency Scale (ESD) สร้างโดย Benoliel and Young ในปี ค.ศ. 1980 ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยดูจากการปฏิบัติ ตามปกติ ความสามารถทางสังคม ระดับความรู้สึกตัว คะแนนรวม 10 - 51 คะแนน โดยคะแนนรวม มากจะแสดงถึงความบกพร่องทางหน้าที่สูงสุด โดย Benoliel, McCorkle, and Young (1980) นำไป ทดสอบความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงภายใน สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9 และ McCork et al. (1989) Moinpour, McCorkle, and Saunder (1988) and Naylor (1990) อ้างถึงใน พิษญา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ค่าความตรงภายในโดยใช้ วิธีวัดซ้ำ (Test-retest) และความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .77

2. แบบประเมิน The Inventory of Functional-Cancer (IFS-CA) สร้างโดย Tulman, Fawcett and McEvoy ในปี ค.ศ.1991 เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rate Scale) 4 ระดับมีทั้งหมด 39 ข้อ โดยเป็นด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านอาชีพการงาน ด้านการทำ กิจกรรมในบ้านและในครอบครัว การทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำไปทดสอบหาความตรง ตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นการตัดสินใจจากผู้ประเมินที่รับยาเคมีบำบัด จำนวน 16 ราย ด้านความสอดคล้องเท่ากับ ร้อยละ 98.5 ความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .67-.74

3. แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) สร้างโดย (Karnofsky et al., 1948 cited in Abernethy, 2005) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 เป็น เครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็งแต่เป็นการวัด เฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ทางกายเพียง อย่างเดียว เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย และระดับความต้องการ ความช่วยเหลือ ถ้าคะแนนสูง 90-100% แสดงว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่มี ข้อจำกัด ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีข้อจำกัดเป็นอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม ในการดูแลตนเอง ความเที่ยงมีค่าแปรผัน การตรวจสอบความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้วิธี Inter-rater ได้เท่ากับ 95% และในปี ค.ศ. 1984 (Mor, Laliberte, Morris, & Wiemann, 1984) ได้ ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านพักผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ .97 ได้ค่า ความตรงตามโครงสร้างเท่ากับ .49

4. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Status Questionnaire: FSQ) สร้างและ พัฒนาโดย (Jette, 1987) จำนวน 34 ข้อ แบบเลือกตอบประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย 9 ข้อ แบ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3 ข้อ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL=Instrumental Activities of Daily Living) 6 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ และบทบาททางสังคม 8 ข้อ

แบ่งเป็นลักษณะกิจกรรม 3 ข้อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5 ข้อ ผู้ป่วยสามารถกรอกแบบสอบถามได้เอง ใช้ได้กับทุกโรคและมีความเหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่

5. แบบประเมิน Medical Outcome Study Short-Form 36 (MOS-SF 36) (Ware & Sherbourne, 1992) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการประเมินการทำหน้าที่รวมอยู่ด้วย แบบประเมินนี้เป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ส่วนมากใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วไป โดยประเมินภาวะอาการ การปฏิบัติหน้าที่ และการรับรู้สุขภาพทั่วไป จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางกาย ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางอารมณ์ สุขภาพจิต พลังงาน ความเจ็บปวดและการรับรู้สุขภาพทั่วไป มีค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85

6. แบบประเมิน The Sickness Impact Profile 68 (SIP) (De Bruin, 1994) ซึ่งพัฒนามาจาก The Sickness Impact Profile (136 SIP) (Bergner, 1976) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1975 ใช้ประเมินภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากกิจกรรมประจำวัน และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากปัญหาสุขภาพ มีจำนวน 68 ข้อแบ่งเป็น 6 ด้าน ประเมินด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (Somatic Autonomy) การควบคุมการเคลื่อนไหว (Mobility Control) จังหวะการเคลื่อนไหว (Mobility Range) พฤติกรรมทางสังคม (Social Behavior) ความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion Stability) และจิตใจและการสื่อสาร (Psychological Autonomy) ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .95

7. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Kidney Disease Quality of Life Short Form) (Hays et al., 1994) ใช้วัดคุณภาพชีวิตเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วย Dialysis ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ Symptom/ Problem 34 คำถาม Effect of Kidney Disease on Daily Life 20 คำถาม Burden of Kidney Disease 4 คำถาม Cognitive Function 6 คำถาม Work Status 4 คำถาม Sexual Function 4 คำถาม Quality of Social Interaction 4 คำถาม Sleep 9 คำถาม Social Support 4 คำถาม Dialysis Staff Encouragement 6 คำถาม Patient Satisfaction 2 คำถาม นำไปใช้ในผู้ป่วยที่ทำ Dialysis ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในช่วง 0.78-0.92

8. แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ Inventory of Functional Status-Dialysis (IFS-Dialysis^R) (Thomas-Hawkins, 2004) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการปรับตัวของรอย โดยเฉพาะส่วนการปฏิบัติตามบทบาท ซึ่งประกอบด้วยบทบาทปฐมภูมิได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลส่วนบุคคล บทบาททุติยภูมิได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านหรือครอบครัว และบทบาทตติยภูมิได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้เลย 2 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีคนคอย

ช่วยเหลือมาก 3 หมายถึง ปฏิบัติได้โดยมีคนเหลือเล็กน้อย 4 หมายถึง ปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .88

9. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของ Suwisith (2007) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวของรอยในส่วนของการปฏิบัติตามบทบาทของบุคคล ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน และกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย 2 หมายถึง คงทำเล็กน้อย 3 หมายถึง ทำเป็นส่วนใหญ่ และ 4 หมายถึง ทำเต็มที่ แบบสอบถามนี้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่โดยประยุกต์มาจาก แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ Inventory of Functional Status-Dialysis (IFS-Dialysis[®]) (Thomas-Hawkins, 2004) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการปรับตัวของรอย โดยเฉพาะส่วนการปฏิบัติตามบทบาท ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะประเมินการปฏิบัติหน้าที่ในด้าน การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต นอกจากพยาธิสภาพของโรคจะมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านสรีระ ได้แก่ โรคร่วม และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมดังนี้

อาการ

อาการเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทุกคนเคยประสบ อาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งที่รบกวนความสุขสบายรวมทั้งอาจเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติ หรือเกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ซึ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทน ต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ จากการคั่งของของเสียในร่างกาย เนื่องจากไตเสียหายที่ อาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน อาการจึงเป็นปัญหาสำคัญของบุคคลที่เผชิญอาการ

นั้น ๆ ซึ่งบุคคลต้องรับผิดชอบต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง หากการจัดการไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิต (สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2551) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

อาการกับการปฏิบัติหน้าที่

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ซึ่งการทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างมาก ทำให้มีการกั่งของเสียในร่างกาย ความสมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรลิตและกรด-ด่างเสียไป ตลอดจนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกายได้ ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะรับรู้ถึง ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน และอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการคัน อาการท้องผูก เบื่ออาหาร อาการปวด อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล หายใจลำบาก อาการคลื่นไส้ แสบร้อน/ กระจกที่ขา และซึมเศร้าตามลำดับ (Murtagh et al., 2006) อาการเหล่านี้จะรบกวนความสุขสบายและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่และคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ (Curtin et al., 2002) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วย 307 รายจาก 14 หน่วยไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า มี 17 อาการที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.45, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (O, Sullivan & McCarthy, 2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยล้าและการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 46 ราย ผลการศึกษาพบว่าอาการเหนื่อยล้าที่มากขึ้น ทำให้การทํากิจกรรมลดลง

โรคร่วม

โรคร่วม หมายถึงจำนวนโรค หรือภาวะที่พบร่วมกับโรคไตเรื้อรังได้แก่โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักพบโรคประจำตัวที่สำคัญได้แก่โรคเบาหวาน พบได้ร้อยละ 44 โรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 28 (Weigel et al., 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังเองยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง อายุที่มากขึ้น ภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ

การเกิด Atrial Fibrillation, Atrial Flutter, Coronary Heart Disease, Left Ventricular Hypertrophy, Coronary Artery Disease โรคไตเรื้อรัง และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Palmer, 2008) และโรคไตเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะช็อค ความดันโลหิตสูง โปตัสเซียมในเลือดสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ภาวะปอดบวม น้ำเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หลอดเลือดแดงแข็ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะ Osteodystrophy ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย และความผิดปกติของสมองจากเมตาบอลิก (Weigel et al., 2007) ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงลง

โรคร่วมกับการปฏิบัติหน้าที่

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักพบโรคร่วม ที่สำคัญได้แก่ เบาหวาน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจวายเลือดคั่ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงยังมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ อาจทำให้ตาบอดได้ เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัว ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเหล่านี้ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ต้องเปลี่ยนจากบุคคลที่พึ่งตนเองได้ กลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้อย่างปกติ ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำหรือหัวหน้าครอบครัว มีผลทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (จตุพร รุ่งใหญ่, 2551) นอกจากนี้โรคประจำตัวแล้ว โรคไตเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะช็อค ความดันโลหิตสูง โปตัสเซียมในเลือดสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ภาวะปอดบวม น้ำเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หลอดเลือดแดงแข็ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะ Osteodystrophy ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย และความผิดปกติของสมองจากเมตาบอลิก (Weigel et al., 2007) ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ดังการศึกษา (Lin et al., 2009) ที่ศึกษาโรคไตเรื้อรัง ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง กับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย และจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Stewart, 1993) ช่วยฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้ชีวิตมีคุณค่า มีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น ช่วยลดภาวะวิกฤติและลดความเครียดได้ (Cohen & Will, 1985) ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีขึ้น และปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เนื่องจาก

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่สำคัญ และเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ความหมาย

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า นอกจากนี้รู้สึกว่าเป็นตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

Weiss (1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต จากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งครอบคลุม ในด้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

การแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การได้รับความรักและการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer et al. (1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ทำให้บุคคลนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน
3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ (Tangible Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ

House (1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าของ (Schaefer et al., 1981) โดยแยกการสนับสนุนด้านการประเมินค่าออกจากด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่
2. ด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้คำยอมรับยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่
4. ด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่าง ๆ

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมโดยมีการปฏิสัมพันธ์และมีการดูแลช่วยเหลือกัน มีผู้จำแนกโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งแตกต่างกันดังนี้

Lindsey (1997) แหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรสและญาติพี่น้อง
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน
3. บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์
4. เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปวัดหรือโบสถ์ กลุ่มผู้สูงอายุ

Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
ยอมรับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) บุคคลกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบ
รุนแรงต่อชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่าง
ลึกซึ้งกับสิ่งที่เกิดขึ้นจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่ผ่าน
มาของตนเองได้

3. กลุ่มองค์กรศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการ
พบปะกันที่วัด โบสถ์ มัสยิดหรือสถานที่ที่ทางกลุ่มจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลใน
ศาสนานั้น ๆ เพราะการชุมนุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อในจุดมุ่งหมายของชีวิต
การปฏิบัติตามศาสนาและแนวทางการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4. กลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (Organized Professional Support Systems) ได้แก่
กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและบริการเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา
การสนับสนุนกลุ่มนี้เมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ ไม่ได้ผลหรืออาจ
ถูกใช้ไปหมดแล้ว

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Self-help Support Groups
not directed by Health Professionals) ประกอบด้วย อาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกัน
และกัน โดยกลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผล
บางอย่างที่ไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็น
กลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการ
เปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือกลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกใน
ครอบครัวมีความพิการ

การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่าง
เหมาะสมอันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
และเศรษฐกิจ จึงต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้าน
อารมณ์ โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติ
กิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับความ
ช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการ
ปฏิบัติตัว การแก้ปัญหาต่าง ๆ เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิต เพื่อช่วย

ชะลอการดำเนินของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยจึงต้องได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ แลกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ถ้าขาดความรู้ ขาดข้อมูลข่าวสาร จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา

3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้อื่น เช่นการเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และการอยู่ร่วมกันกับคนอื่น และมีกำลังใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน และการบริการต่าง ๆ เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การได้รับการสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังการศึกษาของ สุมาพร บรรณสาร (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ของ วรณี จิวสืบพงษ์ (2550) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติหน้าที่ ($r = .412, p < .01$) และการศึกษาของ พนิดา โยวะผุย (2551) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้น

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือ สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชุด ดังนี้

1. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย (Norbeck et al., 1981) ซึ่งได้พัฒนาโดยอาศัยแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของ (Kahn, 1979 cited in Norbeck et al., 1981) เพื่อใช้วัดองค์ประกอบ ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีหลายมิติ ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านการประเมินขนาดของ เครือข่ายทางสังคม จำนวน 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การให้ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จำนวน 9 ข้อ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าอยู่ระหว่าง .85 - .92

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal Resources Questionnaire) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย (Brandt & Weinert, 1981) ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินข้อมูลของบุคคลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลและระดับ ความพึงพอใจกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นการวัด การได้รับการ สนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน โดยอาศัยแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมของ (Weiss, 1974) ได้แก่ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้รับโอกาส การเลียงดูหรือการช่วยเหลือ การมีส่วนร่วม ในสังคม และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แบบประเมินจะประกอบด้วย ข้อคำถาม

จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าอยู่ระหว่าง .91 - .93

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสุมาพร บรรณสาร (2545) ซึ่งดัดแปลงจากการวัดการสนับสนุนทางสังคม PRQ 85: Part 2 ของ (Brandt & Weinert, 1981) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 (Brandt & Weinert, 1981) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (Weiss, 1974) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ พนิดา โยวะผุย (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังของ นันทกา คำแก้ว (2547) ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) ประกอบด้วยคำถามทางบวก 14 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง 2 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อย 3 หมายถึง เป็นจริงส่วนใหญ่ และ 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา คำแก้ว (2547) ที่สร้างตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง 2 หมายถึง เป็นจริงน้อย 3 หมายถึง เป็นจริงส่วนใหญ่ และ 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด นำไปใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา คำแก้ว (2547) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เนื่องจากเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างในร่างกายเกือบทุกระบบ และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เช่น การการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ตลอดจนความคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยลดลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินของโรคเลวลงเรื่อยๆจนทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ภาวะซึมเศร้า โรคร่วม การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของดัชนีมวลกาย การมีข้อจำกัดของการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนปลาย การติดต่อทางสังคมลดลง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่แย่ การสูบบุหรี่ และการบกพร่องทางการมองเห็น อายุ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านอาการ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และผู้สูงอายุ แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ (Lenz et al., 1997) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านอาการ ปัจจัยด้านสรีระ ได้แก่ โรคร่วม และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ยังมีจำกัด ทำให้มีข้อจำกัดทางด้านความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาดูแล หรือส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และทำนายการปฏิบัติหน้าที่ที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีการวางแผนการให้การพยาบาล ออกแบบในการดูแล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป