

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
1. มโนทัศน์ของผู้ดูแล
2. ทฤษฎีความสามารถตนเอง
3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแล
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

กอร์เชียร์ และคณะ (Gauthier et al., 1982, p. 193) ได้ให้คำจำกัดความของไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียการทำงานของไตอย่างถาวร ทำให้ไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จึงเกิดการคั่งของของเสีย เช่น ยูเรีย ไนโตรเจน ครีเอตินินในกระแสเลือด รวมทั้งทำให้มีการเสียสมดุลเกลือแร่ กรดต่างและการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย

วูล์ฟสัน และแมนเซลล์ (Woolfson & Mansell, 1994, p. 318) กล่าวว่า ไตวายเรื้อรังหมายถึง การเสื่อมสภาพของไตอย่างช้า ๆ และเป็นไปอย่างถาวรทำให้เกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย ซึ่งหากไม่มีปัจจัยกระตุ้น เช่น การติดเชื้อ การดำเนินเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้ายจะเกิดขึ้นน้อยมาก

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก (2540) กล่าวว่า ภาวะไตล้มเหลว หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของไตในการขจัดของเสีย การรักษาความสมดุลของน้ำ สารอิเล็กโตลิต์และกรดต่าง การสูญเสียหน้าที่ของไตใช้เวลาเป็นเดือนเป็นปี เพราะหน่วยไต (nephron) ที่ยังไม่ถูกทำลายก็จะพยายามทำหน้าที่ชดเชยหน่วยไตที่เสียไป

สรุปความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียการทำงานของไตอย่างช้า ๆ และเป็นไปอย่างถาวรทำให้ไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จึงเกิด

การคั่งของของเสีย เช่น ยูเรีย ในโคโรเจน ครีเอตินินในกระแสเลือด รวมทั้งทำให้มีการเสียสมดุลเกลือแร่ กรดต่างและการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย

ระยะเวลาและการดำเนินของโรค

ระยะเวลาและการดำเนินของโรคไตวาย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2540)

1. ระยะเริ่มแรก (early stage or diminished renal reserve) เป็นระยะที่ไตเริ่มมีอัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 50 – 90 เนื่องจากระยะนี้ไตยังคงมีการปรับตัว (hypertrophy) เพื่อให้ได้ยังคงทำหน้าที่ในการควบคุมความสมดุลของน้ำ สารอิเล็กโตรไลต์ กรดต่างตามปกติไม่มีอาการแสดง และอาการผิดปกติ ตรวจเลือดพบว่าค่า BUN และซีรัม ครีเอตินิน ยังคงอยู่ในระดับปกติหรืออาจสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย (ชาญ โพนนกุล, 2531; สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2540)
2. ระยะที่ไตเสื่อมสภาพ (renal insufficiency) เป็นระยะที่ไตมีอัตราการกรองเหลือเพียงร้อยละ 20 – 50 แสดงถึงการเสื่อมหน้าที่ลง ตรวจพบว่าหน่วยไตถูกทำลาย ไปครึ่งหนึ่งถึง 3 ใน 4 ส่วนของหน่วยไตทั้งหมด ผู้ป่วยอาจจะยังไม่แสดงอาการ แต่ถ้าตรวจเลือดพบว่า ค่าครีเอตินินสูงขึ้น 2 – 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีอาการแสดงให้เห็นทางร่างกายชัดเจน เช่น ชีต เหนื่อยง่าย และความดันโลหิตสูง (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2540)
3. ระยะไตล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) เป็นระยะที่ไตมีอัตราการกรองเหลือน้อยมากเพียงร้อยละ 5 – 10 ไตเสียหายหรือไม่มีความสามารถในการควบคุมความสมดุลต่าง ๆ ภายในร่างกายได้ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2540) ตรวจเลือดพบว่าระดับค่า creatinine เท่ากับ 6-10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (สุพรรณ วาณิชการ, 2526) และในระยะสุดท้ายหรือภาวะยูรีเมีย (uremia) ตรวจเลือดพบระดับค่า creatinine ในเลือดมากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป (พรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2539)

ผลกระทบของไตวายเรื้อรังต่อการทำหน้าที่ของระบบในร่างกาย

การเสื่อมหน้าที่ของไตจากไตวายเรื้อรังมีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบ (Alfrey, 1976; Lewis & Coolier, 1987; Luckmann & Sorensen, 1987) คือ

1. ระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต (cardiovascular system) ทำให้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย (Tzamaloukas & Gardner, 1988) มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยประมาณร้อยละ 80 – 90 (นิธิ มหานนท์, 2539)

2. ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system) มักพบผู้ป่วยเกิดอาการน้ำท่วมปอด หรือ พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2539) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย และหายใจ หอบถี่ (Lewis & Coolier, 1987)

3. ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) ซึ่งเกิดขึ้นจากระดับโซเดียมในเลือด ต่ำกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน (Alfrey, 1976) หรือจากการแตกตัวของ ยูเรียที่ถูกขับลงไปในลำไส้ และถูกแบคทีเรียในลำไส้สลายเป็นแอมโมเนีย (Leaf & Cotran, 1976) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกที่ริมฝีปาก และเยื่อช่องปาก บางรายพบมีอาการท้องเสีย (Tzamaloukas & Gardner, 1988) ปวดท้อง มีแผลในทางเดินอาหารและเลือดออกในทางเดินอาหาร ได้ (Lewis & Coolier, 1987)

4. ระบบประสาท (nervous system) ผู้ป่วยรู้สึกชา ตามกล้ามเนื้อ (Jones et al., 1982) สับสน คิดอะไรไม่ค่อยออก ชีพ ชักและหมดสติได้ (Lewis & Coolier, 1987) ผลต่อระบบประสาท ส่วนปลายจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณปลายเท้า และมีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณเท้า รวมด้วย (Tzamaloukas & Gardner, 1988)

5. ระบบโลหิต เกิดภาวะโลหิตจาง สาเหตุที่สำคัญคือ การขาดฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน (erythropoietin) (Jones et al., 1982) และมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน (Leaf & Cotran, 1976) ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยจึงเกิดการขาดสารอาหารเป็นเวลานาน (Tzamaloukas & Gardner, 1988) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงขาดโปรตีน แร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็นในการสร้าง เม็ดเลือดแดง (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2539)

6. ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) ระดับของฮอร์โมนลดลงทั้งในเพศชายและ เพศหญิง จึงมีผลทำให้ในเพศหญิงมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ (Tzamaloukas & Gardner, 1988) และเพศชายจะมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Caine & Bufalino, eds., 1991; Lewis & Coolier, 1987) นอกจากนี้ยังเกิดการเสื่อมของกระดูก มีกระดูกเปราะง่าย (Massry, 1977) จากการศึกษาของ ลิตซอร์; ลิมาน; เลนนอน (Litzow, Leman, Lennon, 1967) ในการตรวจทางรังสีพบว่าผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังมีระดับแคลเซียมในระบบโครงสร้างอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ

7. ระบบผิวหนัง พบว่าสีของผิวหนังเปลี่ยนไปมีสีเหลืองซีดหรือดำมาก แห้งเป็นขุย มีสีเทาดำ (Tzamaloukas & Gardner, 1988) มีอาการคันที่ผิวหนัง (Alfrey, 1976) เมื่อเหงื่อแห้ง

จึงทำให้เกิดอาการคัน และอาการคันยังเกิดได้จากการมีแคลเซียมไปเกาะที่ผิวหนังอีกด้วย (Vancura & Chang, 1989)

8. ระบบภูมิคุ้มกัน ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการป้องกันเชื้อโรคเสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อง่าย (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, 2526)

การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

สรุปแนวทางในการรักษาผู้ป่วยได้เป็น 3 ประเภท (Vancura & Chang, 1989) คือ

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) เป็นการรักษาด้วยการจัดการกับอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีการเสื่อมของไตมากขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการเสื่อมหน้าที่การทำงานของไต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ (Woolfson & Mansell, 1994) โดยเป็นวิธีการในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่การดำเนินของโรคยังไม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย (Vancura & Chang, 1989)

แวนคูราและแชงก์ (Vancura & Chang, 1989) กล่าวว่า การรักษาแบบประคับประคองเป็นการรักษาที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่การดำเนินของโรคยังไม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สอดคล้องกับสุทธชาติ พิษผล (2539) ที่กล่าวว่าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ไตยังปรับตัวได้มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที หรือมีครีเอตินินในเลือดประมาณ 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตส่วนที่ดียังสามารถทำหน้าที่ทดแทนไตส่วนที่เสียได้ และถ้าสามารถหยุดหรือชะลอ การเสื่อมของไตได้ ผู้ป่วยก็จะมีชีวิตเหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติที่ไม่ได้เจ็บป่วย (Tzamaloukas & Gardner, 1988) การที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลภายในไต (intra-renal hemodynamic change) ทำให้หน่วยไตที่เหลือทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความสมดุล

ปัจจุบันพบว่าแนวทางการรักษาแบบประคับประคองที่สามารถช่วยชะลอการดำเนินโรคของไตวายเรื้อรังให้เกิดช้าลง (Jarusinprapat, Shapiro, Chan & Schrier, 1991) ได้แก่ การจัดการกับอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีการเสื่อมของไตมากขึ้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมความดันโลหิต การออกกำลังกาย การชั่งน้ำหนักตัว การบันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะ เป็นต้น โดยเป็นวิธีการรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพิงเครื่องมือ หรือเทคโนโลยีนำเข้าจากต่างประเทศ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (สุชาติ อินทรประสิทธิ์, 2537) ตลอดจนไม่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเยื่อช่องท้อง

อีกเสบ (Woolfson & Mansell, 1994) และยังไม่ต้องวิตกกังวลต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อต้านของร่างกายต่อไตใหม่ที่ได้รับจากการผ่าตัดเปลี่ยนไต การได้รับยาควบคุมด้านทานของร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ซึ่งมีราคาสูง และทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายอีกด้วย (Manaco, 1982)

ดังนั้นการรักษาแบบประคับประคองจึงเป็นวิธีการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมหน้าที่การทำงานของไตไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ไตวายระยะท้าย และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้ (Woolfson & Mansell, 1994)

2. การรักษาโดยการกำจัดของเสีย (dialysis)

เมื่อการทำงานของไตลดลงจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย หรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที (Schwartz & Klahr, 1982) การทำงานของไตที่เหลืออยู่จะไม่สามารถพียงชีวิตต่อไปได้ จากมีการคั่งของของเสียที่ร่างกายต้องขจัดออกมากขึ้น (Mitch et al., 1976) และยังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งไม่สามารถรักษาโดยวิธีประคับประคองเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการกำจัดของเสียเพื่อทดแทนหน้าที่ของไต (Jones et al., 1982) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การกำจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง (peritoneal dialysis) (คูตติ ถ้ำเลิศกุล, 2537 ; Jones et al., 1982) และการกำจัดของเสียโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) (Vancura & Chang, 1989)

3. การผ่าตัดเปลี่ยนไต (renal transplant)

เป็นการรักษาเพื่อทดแทนหน้าที่ของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีหนึ่ง เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน เป็นที่นิยมและแพร่หลายกันมากเนื่องจากทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (สุจิตรา ลิ้มอานวยลาก, 2540)

แต่การรักษาโดยวิธีทดแทนไต (การกำจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง การกำจัดของเสียโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดเปลี่ยนไต) เป็นบริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการนำมาใช้ในสังคมไทยจึงสมควรได้รับการประเมินความเหมาะสมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม และจากการศึกษาของประไพพิมพ์ ชีรคุปต์ และอุษณา ลูวีระ (2539) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทั้งประเทศในปีพ.ศ. 2537 และปีพ.ศ. 2538 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีทดแทนไตเพียงร้อยละ 11.73 และ 15.08 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี

ทดแทนไตมีอยู่เป็นจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมด ดังนั้น การรักษาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยมี เป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ (Woolfson & Mansell, 1994) และหยุดยั้งการทำลาย หน่วยไตที่เหลือไม่ให้เสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว จึงควรให้ความสำคัญกับการ ส่งเสริมให้เกิด ประสิทธิภาพในการรักษาแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอกับความ ต้องการ ผู้ป่วยจะต้อง แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว สังคม หรือแหล่งสนับสนุน อื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันทา ทองพัฒน์ (2540) ได้ศึกษาความต้องการ การดูแล และ การได้รับความช่วยเหลือที่บ้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบ ประคับประคองและผู้ให้การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ให้การดูแลที่มารับการตรวจรักษา ที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน กลุ่มละ 64 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยพบว่าความต้องการการดูแล ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย อย่างมาก

บทบาทของผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย หรือมีจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Fact sheet : National Family Caregivers Association [NFCA], 2000 a)

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมาย ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ว่าหมายถึง ญาติหรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

นอกจากนี้ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน ยังจำแนกตามลำดับของความรับผิดชอบใน การช่วยเหลือดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรม

บางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โณ, 2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวโดยตรง เช่น เป็นธุระทำแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ สมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยที่คอยให้ความช่วยเหลือ จัดเตรียมให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ในลักษณะที่เป็นผู้ดูแลหลัก

ลึบกิน (Lubkin, 1998) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของการดูแลไว้ว่า

1. ทำหน้าที่ในการจัดหา (care provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตรงตามเวลา และอื่น ๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษาดูแลร่างกายให้สุขสบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2. การจัดการการดูแล (care manage) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์

สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มีผู้แสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม และจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยไปจ่ายซื้อของให้เฟลิดเฟลิน ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมผู้ป่วย มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

ส่วนฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, pp. 202-207 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541) พบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน คือ

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง
2. ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
3. จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ
4. ช่วยเหลือด้านการเงิน
5. แบ่งเบาภาระงานบ้าน
6. เป็นภาระติดต่อกับชุมชน

ส่วนการศึกษาของพรชัย จุลเมศต์ (2540) ผลการศึกษาพบว่างานหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม และความรู้สึก ทิศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย คือ เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์ และจิตใจช่วยจัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบำบัดจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ การช่วยเหลือด้านการเงิน ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน และช่วยเป็นภาระในการติดต่อกับชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยไคววายเรื้อรังนั้น การที่ผู้ดูแล (caregivers) จะดูแลผู้ป่วยได้ด้นนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่

1. อายุ ผู้ดูแลที่อายุมาก จะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตาม

ผู้ดูแลที่อายุมากสุขภาพจะเสื่อมตามวัย ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีนักในเรื่องการใช้แรงงาน (วิลลิตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ถ้าผู้ดูแลมีอายุมากมักมีโรคเรื้อรังประจำตัว จะทำให้เกิดความเหนื่อยยากลำบากในการดูแลได้มากกว่าวัยอื่น (Kietcott-Glaser & Glaser, 1999, pp. 2259-2260 cited in Huffman, 2000, Newman, 1997) ส่วนผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความพร้อมทางสังคมสามารถพัฒนาเป็นผู้ดูแลที่ดีได้มากกว่าวัยอื่น (Kabana et al, 1994) ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดในบทบาทมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก (Harris, Thomas, Wick, Fanlknee & Hathaway, 2000) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกี่ยวกับอายุของผู้ดูแลจากการศึกษาของ พัทธพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540) พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-54 ปี

2. เพศ มีความแตกต่างระหว่างเพศในการดูแลผู้ป่วย เพศที่ต่างกันอาจจะมีเชื้อเจตคติและค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า (วิลลิตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) สตีน์เมท และ เอ็มสเดน (Steinmets & Amsden, 1983, อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2535) รายงานผลการศึกษาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 104 ครอบครัว ในสหรัฐอเมริกา พบว่า 95% ของผู้ให้การดูแลเป็นสตรี และแคนเตอร์ (Cantor, 1983 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ศึกษาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 111 ครอบครัว พบว่า 70% ของจำนวนผู้ให้การดูแลเป็นสตรีเช่นกัน และการศึกษาสตรีในครอบครัวชนบทไทย พบว่าผู้ให้การดูแลครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสตรีถึงร้อยละ 70-80 (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

3. ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาคิดจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาที่ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น (วิลลิตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

4. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสจะมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วย หากคู่สมรสที่แต่งงานแล้วและต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ใช่คู่สมรสของตัวเอง จะทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น จึงทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย (วิลลิตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ถ้าผู้ดูแลเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยเองจะมีความเข้าใจและปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส (Cantor, 1983 cited in Campbell, 1998)

5. **สัมพันธภาพ** ถ้าผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ด้วยความรัก และผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น และเต็มใจให้การดูแล แต่ถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ (วิลลิตน์ กุ์วราวุฒิปานิช, 2537) การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนั้น ประการหนึ่งขึ้นอยู่กับ การสื่อสารในครอบครัว ครอบครัวที่มีการสื่อสารภายในครอบครัวดี จะช่วยทำให้ความผูกพัน และการปรับตัวของครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล ได้แก่ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน มีการใช้คำพูด เพื่อสนับสนุน ประคับประคอง เห็นอกเห็นใจ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542)

6. **อาชีพ** ผู้ดูแลที่มีงานประจำจะรู้สึกว่าการรับบทบาทผู้ดูแลเป็นการเพิ่มภาระงานของตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

7. **ประสบการณ์การดูแล** ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแลนานจะมีประสบการณ์ในการดูแลมาก แต่ในขณะเดียวกันระยะเวลาในการดูแลก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลได้เช่นเดียวกัน ดังเช่นจากการศึกษาของ Watson (1997) พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี จะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี

8. **แหล่งสนับสนุนทางสังคม** มี 2 ประเภท คือ แหล่งสนับสนุนปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และแหล่งสนับสนุนทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ภูณัณ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ผู้ดูแลต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยทั่วไปแหล่งสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นญาติพี่น้องในครอบครัว ดังเช่นงานวิจัยของ สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม โดยเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุนและมีส่วนร่วมสนับสนุนทางด้านสังคมแก่ผู้ป่วยการมีเครือข่ายสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังเช่นจากการศึกษาแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิจากศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ พบว่างานหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

9. **การได้รับความรู้** ถ้าผู้ดูแลได้รับความรู้จะทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติ ผู้ดูแลก็จะมี ความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลแก่ผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยรวมไปถึงมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่มีความซับซ้อน การเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว เชื่อว่าเป็นภาวะที่เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว ในการปรับให้ครอบครัวอยู่

ในภาวะสมดุลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ปกติ นั้น ผู้ดูแลจะต้องใช้ทั้งการสื่อสาร ความผูกพันที่ตนเองมีต่อผู้ป่วย และการปรับบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับการเจ็บป่วย การได้รับความรู้จึงเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น ดังเช่นจากผลการวิจัยที่มีการสอน และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแล

ความรู้ (knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า การสังเกตและสะสมไว้ สามารถจำได้โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญา นำมาเชื่อมโยงจัดระบบทางความคิดของตนใหม่ได้ (Bloom, 1971)

เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ซึ่งอาจจะได้รับมาจากการฟัง การอ่านหรือ การมองเห็นจะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือการวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์ออกเป็น ส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของสถานการณ์นั้น สามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบ แล้วนำเอาส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมเข้ากันเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด โดยนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมารวมกับความรู้ใหม่ที่ได้รับแล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ความรู้จึงมีความสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มประสิทธิภาพด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ และเพิ่มพูนประสบการณ์จะช่วยปรุงแต่งชีวิตให้สมบูรณ์ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2532) ดังนั้นการที่บุคคลใด ๆ จะมีสุขภาพอนามัยดี จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างถูกต้องเสียก่อน

สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยแล้ว การที่จะดำรงไว้ซึ่งอาการคงเดิมจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล ที่เป็นบุตร หลาน บิดา มารดา คู่สมรส ในครอบครัวไทยเมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องคอยช่วยเหลือดูแล ถ้าผู้ป่วยมีฐานะเป็นบิดา มารดา ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตร หรือหลาน ดังนั้นถ้าผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจะดีตามไปด้วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีสุขภาพดีขึ้นหรือคงเดิม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ในการที่จะให้ผู้ดูแลได้รับความรู้นั้น ถ้าให้ความรู้โดยการสอนและมีการฝึกปฏิบัติด้วย ผู้ดูแลจะมีความรู้ดีกว่าการสอนอย่างเดียว ดังเช่นงานวิจัยของจินนะรัตน์ ศรีภักทรภัญญา (2540) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง
 2. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อนและการรักษาความสะอาดร่างกาย
 3. การสังเกตอาการผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกการเปลี่ยนแปลงประจำวันของผู้ป่วยโดยผู้ดูแล
 4. การฝึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการวัดปรอท การจับชีพจร การนับการหายใจ
 5. บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย
- การส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล

ในการส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้ดูแลนั้น ทำได้หลายวิธี ซึ่งการให้ความรู้นั้นเป็นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และการหาความรู้อาจเกิดขึ้นด้วยตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่าง ๆ การที่ผู้ดูแลจะได้รับความรู้โดยตรงนั้น การสอนหรือการให้คำแนะนำเป็นวิธีการสำคัญที่ถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาล ซึ่งปัจจุบันได้เพิ่มความสำคัญอย่างมาก กิจกรรมการสอนเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ มีเอกลักษณ์ในการตัดสินใจอย่างแท้จริง ซึ่งการสอนมีหลายรูปแบบด้วยกัน การเลือกใช้วิธีการสอนแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ จุดประสงค์การสอน เนื้อหาที่จะสอน ความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความสามารถ ความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่สอน (สุนทรี ภาณุทัต, 2524) โดยทั่วไป การสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธี คือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลและการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม

การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้โดยตรงแบบตัวต่อตัว (face to face) ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด ช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้โดยการวิเคราะห์ปัญหาแนะนำเฉพาะบุคคล ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้

เป็นการช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้ สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540)

การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้แก่ผู้เรียนในเรื่องเดียวกัน อยู่ร่วมกัน ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มีข้อดีคือ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหา ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด สามารถสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดแก่บุคคลในกลุ่มและสามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันแบบเป็นกลุ่ม (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) แต่มีข้อเสียคือ การประเมินทำได้ยากและผู้ที่มิมีปัญหาแตกต่างไปจากกลุ่มมักไม่ได้รับการแก้ไข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น จะเห็นได้ว่า การสอนแต่ละวิธีต่างมีข้อดีข้อเสียที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งแล้วแต่การประยุกต์ใช้ในแต่ละสถานการณ์ สำหรับรูปแบบการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยได้เลือกการสอนเป็นรายบุคคล เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์สอนผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้เกิดความรู้และมีความมั่นใจ (self confidence) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และมีความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ถูกต้องมากที่สุด หลังจากได้รับความรู้แล้วถ้าไม่มีการทบทวนเลย ความรู้ก็จะค่อย ๆ ลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นการสอนเป็นระยะ ๆ ความรู้จะมีความคงทนมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสอนครั้งเดียว และมีการปฏิบัติที่ดีกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสอนเพียงครั้งเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับความคงทนในการเรียนรู้ (learning retention)

ความคงทนในการเรียนรู้ คือ การคงไว้ซึ่งผลของการเรียนรู้หรือความสามารถที่จะระลึกถึงสิ่งเร้าที่เคยเรียนได้ หลังจากการที่ได้ทิ้งไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง หรือเก็บไว้ในรูปความจำ (ชัยพร วิชากุล, 2520) กล่าวว่า ความจำเป็นพฤติกรรมภายในซึ่งเกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่นเดียวกับความรู้สึก การรับรู้ ความชอบ การจินตนาการของมนุษย์ การที่จะจดจำสิ่งที่เรียนมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้

ระบบความจำ

ระบบความจำของคนแยกออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบความจำการรู้สึกสัมผัส (sensory memory) ระบบความจำระยะสั้น (short-term memory) และระบบความจำระยะยาว (long-term memory)

ความจำการรู้สึกสัมผัส หมายถึง การคงอยู่ของความรู้สึกลักษณะหลังจากที่การเสนอสิ่งเร้าสิ้นสุดลง

ความจำระยะสั้น (short-term memory) หรือความจำชั่วคราว เป็นความจำหลังการรับรู้สิ่งเร้าที่ได้รับการตีความจนเกิดการรับรู้ (ชัยพร วิชากุล, 2520) หรือเป็นความจำที่อาจจะคงอยู่ได้เป็นวันหรือหลาย ๆ วัน แม้จะไม่มี การทบทวนซ้ำอีก ความจำชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีความสนใจหรือมีความตั้งใจที่จะฟังร่วมด้วย (เพชรบูรณ์ โรจนธรรมกุล, 2540) ความจำระยะสั้นนั้นเป็นการจำได้ในชั่วขณะหนึ่ง อาจจะเป็น 1 นาทีหรือ 1 ชั่วโมง การจำระยะสั้นมีอัตราการลืมที่เร็ว อาจจะถูกลืมภายใน 30 นาที นอกจากว่าจะได้ฟังซ้ำใหม่หลาย ๆ ครั้ง จะทำให้เปลี่ยนไปเป็นความจำระยะยาว (เคนเน็จ อิกบี, 2532)

ความจำระยะยาว (long-term memory) เป็นความจำที่มีความคงทนถาวร (ชัยพร วิชากุล, 2520) และเป็นความจำที่สามารถคงอยู่ได้นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปีหรือหลาย ๆ ปี เป็นความจำที่จะต้องมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ (เพชรบูรณ์ โรจนธรรมกุล, 2540)

ความจำระยะยาวเป็นความจำที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความสนใจและความเชื่อของแต่ละคน สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความคงทนในการจำ สรุปได้เป็น 2 ประการ คือ ประการแรก ได้แก่ ลักษณะของความต่อเนื่อง หรือความสัมพันธ์ของประสบการณ์ที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ประการที่ 2 ได้แก่ การทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ไปแล้วอยู่เสมอ ชัยพร วิชากุล (2520) กล่าวว่า การศึกษาทบทวนอยู่เสมอแล้ว ช่วงระยะเวลาที่ความจำระยะสั้นจะฝังตัวกลายเป็นความจำระยะยาว หรือความคงทนในการจำประมาณ 14 วัน หลังจากที่ได้ผ่านการเรียนรู้ไปแล้ว เอบบิงเฮาส์ (Ebbinghaus, ม.ป.ป. อ้างถึงใน ชัยพร วิชากุล, 2520) ได้ทำการทดลองเรื่องความจำและความลืม พบว่า ความจำจะหายไปอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 20 นาทีแรกจนถึง 9 ชั่วโมงแรก เมื่อเวลาผ่านไป 20 นาที ความจำจะเหลือน้อยกว่าร้อยละ 60 และเหลือน้อยกว่าร้อยละ 50 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ชั่วโมง เหลือน้อยกว่าร้อยละ 40 เมื่อเวลาผ่านไป 9 ชั่วโมง ถ้าไม่มีการทบทวนเลยในระยะเวลาที่ความจำจะเหลืออยู่เพียง ร้อยละ 20 เมื่อเวลาผ่านไป 31 วัน และจากการศึกษาของ

เป็นสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ช่วยต่อการทำความเข้าใจ และสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง (ปฐม นิคมานนท์, 2528, หน้า 337 อ้างถึงใน วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2536) ได้กล่าวถึงหลักการในการสร้างคู่มือว่า ควรออกแบบปกและรูปเล่มให้สวยสะดุดตาและดึงดูดใจผู้อ่าน ใช้ประโยคบอกเล่าตรงไปตรงมา เป็นประโยคสั้น ๆ แต่ชัดเจน เขียนให้อ่านเข้าใจง่าย นอกจากนี้ขนาดของตัวอักษรต้องเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน ควรมีภาพประกอบตามความจำเป็น เพราะจะทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจ และสามารถจำได้ดีกว่าตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว ควรมีพื้นที่ว่างในแต่ละหน้าเพื่อให้ผู้อ่านได้หยุดพักสายตาเป็นระยะ ๆ

หนังสือคู่มือสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตัวเอง ไม่จำกัดเวลาตายตัว สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ตามความพร้อมของผู้เรียน นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่ประหยัดลงทุนน้อยได้ผลคุ้มค่า เพราะสามารถนำกลับมาใช้ได้อีกหลายครั้ง หากอ่านบ่อยจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการอ่าน ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น

ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังนั้น จะต้องให้ผู้ดูแลมีความรู้ทั้งเกี่ยวกับเรื่องโรคไตวายเรื้อรัง สภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ดูแลจะได้มีความเข้าใจในการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ดีของตนเอง

ดังได้กล่าวแล้วว่าถ้าผู้ดูแลได้รับความรู้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วย วิธีหนึ่งในการส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ดูแลที่ใช้กันแพร่หลายคือ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยวิธีของ Bandura

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory)

แบนดुरา กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ในความสามารถตนเองร่วมกับมีความคาดหวังผลของการกระทำที่เกิดขึ้นนั้น จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา (Bandura, 1997) ในขณะเดียวกันก็จะลดความรู้สึกเครียด ความกดดัน และเพิ่มความรู้สึกมั่นใจ ความพึงพอใจในชีวิตให้แก่บุคคลได้อีกด้วย เหตุผลที่เป็นเช่นนั้น อัลเบิร์ตแบนดुरา (Albert Bandura) กล่าวว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร และเมื่อทำเสร็จแล้วได้ผลเกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในตนเอง (self confidence) หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และมีความสามารถของตนเอง (self-efficacy) บุคคลก็จะกระทำสิ่งนั้น” (Bandura, 1977) นั่นคือถ้าบุคคลที่มี

แหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (sources of Self-Efficacy

Information)

การเพิ่มระดับความสามารถของตนเองมี 4 ประการ ดังนี้ (Bandura, 1977; Bandura, 1986 cited in Dorsett, 1994)

1. ประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จ (enactive attainment or actual mastery experience or performance accomplishment) เป็นการเรียนรู้จากสิ่งที่คุณเองเคยกระทำ ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มความสามารถของตนเองสูงกว่าวิธีอื่น ๆ เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่คุณคลได้รับ

2. การได้รับประสบการณ์จากบุคคลอื่น หรือการใช้ตัวแบบ (vicarious experience, exposure to the efforts, successes and failure of others) ทั้งที่ประสบความสำเร็จและความล้มเหลว ซึ่งการได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่วัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกันบุคคลนั้นจะบอกกับตัวเองว่าถ้าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จได้เขาจะต้องสามารถทำงานนั้นได้เช่นเดียวกัน หากมีความตั้งใจและพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) คือ การได้รับเอาคำพูดโน้มน้าวของผู้อื่นมาเสริมกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่ามีความสามารถที่จะกระทำได้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal or physiological factor) สภาพอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความเครียด ความกลัว ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด ภาวะขาดสติ ขาดการรู้ตัว ฯลฯ จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ก็จะนำไปสู่ประสบการณ์ล้มเหลว ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง ดังนั้นหากบุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และมีสติจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

ถ้าบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถตนเอง และมีแรงจูงใจสูงจะพากเพียร พยายามปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมหรืองานที่ทำ และจะควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมตามต้องการ

พฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแล

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สังเกตได้ (เฉลิมพล ดันสกุล, 2543)

พฤติกรรม (behavior component) เป็นความพร้อมที่บุคคลกระทำ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึก จะแสดงออกมาในรูปการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธ ลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์และเจตคติ บุคคลเมื่อได้รับการเรียนรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบด้วยการทำงานของมนุษย์หลายอย่าง ได้แก่ ความต้องการ ความพร้อม การตอบสนองความต้องการ โอกาสในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ผลที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาต่อผลที่เกิดขึ้น ไม่สมความคาดหวัง (เรียบม ศรีทอง, 2542)

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น คีรเกิล และคณะ (Kraegel et al., อ้างถึงใน จันทนา ย่องคำพันธ์, 2537) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยไว้ โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological needs)
2. ความต้องการทางด้านจิตสังคม (socio-psychological needs)
3. ความต้องการทางด้านสภาวะแวดล้อม (environmental needs)

ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก็เช่นเดียวกัน ผู้ดูแลจึงต้องให้ความดูแลช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากโปรแกรมการให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นด้วย ดังนี้

1. การส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

1.1 การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรรับประทานอาหารครบทุกประเภท ได้แก่ โปรตีน แป้ง ไขมัน ผลไม้ และเกลือแร่ต่าง ๆ ในปริมาณที่จำกัดให้เหมาะสมกับโรค (กานดา ออประเสริฐ, ขวลิขิต รัตนกุล, 2537) เพื่อรักษาความสมดุลย์ของร่างกาย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องช่วยเหลือผู้ดูแลในเรื่องการควบคุมอาหารตามหลักโภชนาการที่เป็นอาหารเฉพาะโรค ตามคำแนะนำจากแพทย์ และเป็นผู้จัดหาให้แก่ผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าในสิ่งที่ผู้ดูแลทำถูกต้องอยู่แล้ว จากประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติ และถ้ามีผู้มีความรู้กล่าวสนับสนุนผู้ดูแล ผู้ดูแลก็จะ

มีความมั่นใจยิ่งขึ้น ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้ หรือมีความรู้ไม่พอ ขาดความมั่นใจ เมื่อได้รับการส่งเสริม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม ข้อสงสัย ผู้ดูแลก็จะเกิดการเรียนรู้ และมีความมั่นใจในตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เช่น

โปรตีน เป็นอาหารที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องรับประทานไม่เกิน 1-1.5 กรัมต่อน้ำหนัก กิโลกรัม หรือประมาณ 40-80 กรัมต่อวัน จากไข่ขาว เนื้อ กุ้ง ไก่ หมู ไม่ใช้โปรตีนจากถั่วเนื่องจาก ทำให้สารโปแตสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเกิดภาวะกระดูกพรุนเร็วขึ้น (ชวลิต รัตนกุล, 2537) จากการศึกษาของ The modification of diet in renal disease (MDRD) เมื่อปี ค.ศ.1989 ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังชนิดต่าง ๆ จำนวน 340 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 ปี พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหาร โปรตีนตามปกติมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หรือเกิดความก้าวหน้าของไตวายเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหาร โปรตีนต่ำ แต่ได้รับประทานอาหาร โปรตีนน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด กล้ามเนื้อเหี่ยว แผลหายช้า ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ ถ้าผู้ป่วยรับประทานมากเกินไปร่างกาย จะสะสมของเสีย (BUN) มาก ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยง่าย คันตามผิวหนัง ส่วนในเรื่องน้ำดื่ม ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำในปริมาณที่จำกัดตามระยะของโรค ผู้ป่วยที่จำกัดน้ำ ดื่มในแต่ละวันเท่ากับปริมาณปัสสาวะในวันก่อน และเพิ่มอีก 400 – 500 มิลลิลิตร ถ้ารับประทาน เกล็ดและดื่มน้ำมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีปริมาณน้ำมากเกินไป อาจหอบเหนื่อย ขาบวม แขนบวม ถึงบวมทั้งตัว ความดันโลหิตสูง บางรายมีอาการน้ำท่วมปอด หรือหัวใจวายได้ (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, 2526)

ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้ ไม่มั่นใจในการดูแล ทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน of ร่างกาย ลดลง ถ้าผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรู้ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการ ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และทำให้เกิดมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งในเรื่องอาหารและน้ำ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ดูแลที่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตามที่ร่างกายต้องการควร ได้รับ และควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญเรื่องน้ำดื่ม

1.2 การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ผู้ดูแลควรดูแล ปากและฟัน ผิวหนังของ ผู้ป่วย เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามมีผู้ดูแล ช่วยกระตุ้น สนับสนุน ก็จะทำให้ผู้ป่วยสนใจตนเองมากขึ้น

1.3 การดูแลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอาการต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด ภาวะที่พบบ่อยคือ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะต้านทานต่อโรคต่ำ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน (สุทธิรา ลิมอำนวยลาภ, 2540) ผู้ดูแลควรดูแลด้านการสังเกตอาการต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดออกง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ ชีพจรเต้นเร็ว รวมทั้งในเรื่องของสัญญาณชีพ ได้แก่ การหายใจ ชีพจร อาการตัวร้อน อาการเหล่านี้ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นด้วย

1.4 การดูแลเรื่องการรับประทานยา ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติดังนี้

1.4.1 ให้รับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

1.4.2 รับประทานยาให้ครบจำนวนและตรงตามเวลาทุกเมื่อตามคำสั่งของแพทย์

1.4.3 ไม่ควรรับประทานยาเกินขนาด เพราะจะเกิดผลเสียต่อร่างกายได้

1.4.4 เมื่อลืมรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่งไม่ควรรับประทานเพิ่มขึ้นในมือถัดไป

ควรรับประทานในขนาดปกติ

1.4.5 ควรสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ได้แก่ ยาลดกรด

ยาขับปัสสาวะ ยาช่วยสร้างเม็ดเลือด ยาลดความดันโลหิต นอกจากนี้ผู้ป่วยควรระวังการเปลี่ยนท่านั่ง หรือทำอื่น ไม่ควรลุกเปลี่ยนท่าทันทีเพราะอาจเกิดหน้ามืดได้ ผู้ป่วยและญาติบางรายแสวงหาสมุนไพรหรือยาพื้นบ้านมารับประทานซึ่งจะช่วยเพิ่มการเป็นพิษต่อไตมากขึ้น

1.4.6 ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ได้แก่ ยาเกี่ยวกับหัวใจ ยาลดความดันโลหิต โซเดียมไบคาร์บอเนต แคลเซียมคาร์บอเนต ยาลดกรด ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาบ่อย ๆ ทุกวัน ๆ อาจจะทำให้ลืมรับประทานยาได้ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงเรื่องยา ถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนจะทำให้ ผู้ป่วยสนใจตนเองและมีสุขภาพดีขึ้น

1.5 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมากนัก โดยสม่ำเสมอ เช่น เดิน รำมวยจีน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานประมาณ 15-30 นาที

ให้เหงื่อออก เพื่อขับน้ำทางผิวหนัง แต่ผู้ป่วยไม่ควรเล่นกีฬาที่ออกแรงมากเพราะทำให้เหนื่อย ยิ่งขึ้นในระหว่างออกกำลังกาย ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก ใจเต้น ควรหยุดพักทันที (สมรภัฏ รอดพ่าย, 2537)

1.6 การขับถ่าย หรือการระบายออก ในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ส่วนมากจะมีปัสสาวะออกน้อย บางรายน้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวัน (สุพัฒน์ วาณิชการ, 2526) ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ป่วยบางรายปัสสาวะไม่ออกเกิน 8 ชั่วโมง มีอาการซึม หายใจลำบาก ชัก กล้ามเนื้อกระตุก ควรมาพบแพทย์เช่นกัน ในการขับถ่ายอุจจาระพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักมีอาการท้องผูก ซึ่งมีสาเหตุจากระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จึงทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และจากการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงที่มีมากในผัก ผลไม้ จึงทำให้อุจจาระไม่มีกากอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2539 ; Meldrum, 1997) ผู้ดูแลควรหาอาหารหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและกากมากโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ผักชนิดต่าง ๆ มะระ ผักกาด คื่นช่าย และผลไม้ที่มีใยมากๆ หรืออาหารที่มีสารกระตุ้นลำไส้เจือปนอยู่ เช่น ส้ม มะละกอ (สุปราณี เสนาดีชัย, 2539) และการดื่มน้ำอุ่นก่อนรับประทานอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดี (เกศินี เห็นพิทักษ์, 2533) สำหรับเรื่องการขับถ่ายก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นเดียวกันผู้ดูแลควรมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น

1.7 การพักผ่อน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้โดยไม่มีข้อจำกัด แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก (เกรียง ตั้งสง่า และคณะ, 2538) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ จึงต้องปรับการทำกิจกรรมและพักผ่อนอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจพักผ่อนบ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากขณะนอนราบอัตราการกรองของไตจะดีขึ้น (อนุตการ จิตตินันท์, 2538) ถ้านอนไม่หลับควรหาวิธีแก้ไข เช่น การจัดการกับสภาพแวดล้อม สิ่งที่จะมีผลรบกวนการนอนและการพักผ่อน เช่น อาการคันตามผิวหนัง การนอนหลับก็เป็นสิ่งสำคัญผู้ดูแลต้องสังเกตและซักถามผู้ป่วย เพื่อช่วยหาวิธีแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนมากขึ้น

จากที่กล่าวมาในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลภาวะแทรกซ้อน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การออกกำลังกาย การขับถ่าย และการพักผ่อน ก็เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรู้ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น จะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นด้วย

2. การส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

2.1 การสูญเสียภาพลักษณ์ (loss of body image) จากภาวะยูริเมีย ทำให้ผิวหนังแห้ง หยาบ คล้ำ กร้าน ผอมร่วง แห้งเพราะร่างกายอ่อนเพลีย ชุ่มชื้น ไม่สนใจผู้อื่น (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2536) ผู้ดูแลต้องเข้าใจผู้ป่วย และไม่มีท่าทางที่รังเกียจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นเนื่องจากภาวะของโรคไตวายเรื้อรัง ถ้าผู้ดูแลเกิดอาการเบื่อหรือไม่เข้าใจ จะทำให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ดี ถ้าผู้ดูแลได้รับความรู้หรือการกระตุ้น ผู้ดูแลก็จะดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองดี และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น

2.2 ด้านกำลังใจ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องอาศัยกำลังใจจากครอบครัวในระดับที่มากกว่าปกติหลายเท่า ผู้ดูแลมีวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วยหลายวิธี เช่น การมองครอบครัวคนปกติที่ไม่ได้ป่วยว่าเขามีชีวิตความเป็นอยู่ลำบากกว่า สำหรับกำลังใจจากครอบครัว เช่น การเอาใจใส่ดูแล เรื่องอาหาร การพักผ่อน และการทำงาน

3. การส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสถานะแวดล้อม (environmental needs) ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้

3.1 ด้านการจัดการภายในบ้าน การดูแลบ้าน การทำอาหาร รวมทั้งการจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับใช้ภายในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสุข และรู้สึกปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งสิ่งมีชีวิตภายในบ้านได้รับการดูแล

3.2 เพื่อทำให้เกิดความสุขสบาย และปลอดภัยในการเดินทาง ผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือในการเดินทาง จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเดินทางไปกลับระหว่างบ้านและโรงพยาบาล การเดินทางไปทำธุระส่วนตัว หรือการเดินทางไปเยี่ยมญาติในที่ต่าง ๆ

3.3 ด้านกำลังใจ ผู้ป่วยได้ใช้ความพยายามในการรักษาตนเอง บางคนต้องใช้จ่ายเงินที่ตนเองเก็บสะสมมาจากการทำงานเป็นเวลานานจนหมดเงินก้อนนั้น หรือมีสมบัติก็เอามาขายเพื่อรักษาตนเอง ทุกคนจึงต้องการหาวิธีลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น หันมาพึ่งมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย หรือโรงพยาบาลรัฐบาลกันเป็นส่วนใหญ่ การที่ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่รายจ่ายสูงเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากครอบครัว ตั้งแต่สามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติพี่น้อง และญาติอื่น ๆ ผู้ดูแลและผู้ป่วยอาจจะขาดข้อมูล ถ้าได้รับข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ มูลนิธิ ผู้ดูแลได้รู้จักหา และสนใจการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และสนใจที่จะดูแลตนเอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น

3.4 การใช้เวลาว่าง และการเข้าสมาคม แต่ก่อนป่วยเป็นโรคไต ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเหมือนผู้ป่วยปกติ แต่เมื่อเป็นโรคไตสิ่งที่ทำให้มองเห็นผู้ป่วยแตกต่างจากบุคคลอื่น คือ ในด้านการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง พบว่าสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถออกไปไหนไกล ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหงาไม่มีเพื่อน ดังนั้น ผู้ดูแลควรแนะนำให้ผู้ป่วยหางานอดิเรกในสิ่งที่ตนเองชอบ การอ่านหนังสือ การฟังเพลง หรือเล่นกีฬาที่ไม่หักโหมจนเกินไป มีการสวดมนต์ การนั่งสมาธิเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี

การส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และการส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านสภาวะแวดล้อม โดยได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติเป็นระยะ ๆ จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในขณะเดียวกัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น กระตุ้นให้ ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง สนใจดูแลตนเองด้วย

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลมีความสามารถในการกระทำ ตัดสินใจกระทำ โดยเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตน และปรับพฤติกรรมของตนเองให้ดียิ่งขึ้นเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งในภาวะที่เจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองจะก่อให้เกิดผลแก่บุคคลในการป้องกัน ควบคุม และบรรเทาอาการ ตามกระบวนการเกิดโรค ตลอดจนรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ (Orem, 1995)

ในความเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Jones et al., 1982) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องให้ความร่วมมือและมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ตลอดจนควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้มีความสมดุล (Tzamaloukas & Gardner, 1988) ซึ่งฮูด และคณะ (Hood et al., 1984) กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะประสบผลสำเร็จในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับการกระทำ กิจกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญสอดคล้องกับฟิปปี้ และคณะ (Phipps et al., 1980) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่กระทำเพื่อดูแลตนเองเป็น

ระยะเวลาที่ยาวนาน โดยผลสำเร็จของการรักษาไตวายเรื้อรังจะขึ้นอยู่กับความร่วมมือและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (เกรียง ตั้งสง่า, โสภณ นราธร, และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2538)

นอกจากนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงต้องมีการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ ช่วยลดความก้าวหน้าของไตวายเรื้อรัง (วัลลา ดันตโยทัย, และประคอง อินทรสมบัติ, 2533) และยังต้องใช้ความอดทนในการปฏิบัติ เพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างเคร่งครัด เพราะถ้าการปฏิบัติตนเริ่มบกพร่องจะทำให้อัตราการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า และชวลิต รัตนกุล, 2540) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงควรมีการปฏิบัติตนเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องตลอดไป ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1. ปรับการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีภาวะโภชนาการดี ระดับของเสียในเลือดไม่สูงขึ้นเร็ว ไม่เกิดภาวะน้ำเกินและควบคุมความดันโลหิตได้ อาหารที่จะต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนที่สำคัญ มีดังนี้

1.1 โปรตีน ผู้ป่วยต้องจำกัดอาหารโปรตีน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนวันละ 0.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณวันละ 40 กรัม ควรเลือกอาหารโปรตีนที่มีคุณค่าทางชีววิทยาสูง เช่น ไข่ขาว นม ปลา เบ็ด ไก่ และเนื้อ ตามลำดับ

1.2 แป้งและไขมัน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรได้รับแคลอรีอย่างเพียงพอกับความต้องการพลังงานของร่างกาย แหล่งแคลอรีที่สำคัญ คืออาหารประเภทแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต และไขมัน แคลอรีจากไขมันไม่อิ่มตัว (polyunsaturated fat) จะช่วยให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ในเลือดไม่สูง ซึ่งดีกว่าการให้ได้รับแคลอรีมาก ๆ จากแป้ง

1.3 โซเดียม ปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยสามารถบริโภคได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของไตในการขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ซึ่งพิจารณาได้จากปริมาณโซเดียมที่ถูกขับออกในปัสสาวะตลอด 24 ชม. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว อาการบวม และระดับความดันโลหิต

1.4 โพแทสเซียม ต้องจำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ตามปกติอาหารโปรตีน เช่น นม เนื้อก็มีโพแทสเซียมอยู่แล้วโดยธรรมชาติ จึงควรเลือกอาหารให้มีโพแทสเซียมน้อย หลีกเลี่ยงอาหารประเภทผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ซึ่งรวมทั้งผลไม้เปลือกแข็ง พืชจำพวกที่มี ผักชีช็อคโกแลต หรือเปลือกเปลือกแล้วหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ แห่น้ำไว้ประมาณ 4-5 ชม.

1.5 น้ำ ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อให้สามารถประเมินตนเองได้ว่าจะต้องปรับปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับอย่างไร ถ้าน้ำหนักเพิ่มควรลดปริมาณน้ำลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหัวใจร่วมด้วยควรจำกัดปริมาณสารน้ำตามจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน

จะเห็นได้ว่าการจัดการเกี่ยวกับอาหารและน้ำในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนั้นไม่ใช่การงด หรือ จำกัดปริมาณเสมอไป สิ่งสำคัญคือการเลือกชนิดและการกำหนดปริมาณให้เหมาะสมกับภาวะของโรคและการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ทำให้ของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นเร็วเกินไป

ผู้ป่วยจะต้องหาวิธีการในการป้องกันหรือบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตลอดจนการเกิดแผลตามเยื่อทางเดินอาหาร เพื่อให้สามารถบริโภคอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอ เช่น การรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน การรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เป็นต้น การอมลูกกวาด อมยิ้ม และการเคี้ยวหมากฝรั่ง อาจช่วยทำให้การรับรสดีขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายอาจช่วยทำให้มีความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น

2. ปรับการทำการกิจกรรมและการพักผ่อน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาจพักหลับบ่อยครั้งขึ้น หาวิธีการแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม และต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการใช้ยานอนหลับอย่างมาก เพราะยาเหล่านี้มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว นอกจากนี้ควรหาวิธีการลดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่จะมีผลรบกวนการนอนหลับพักผ่อน เช่น อาการคันตามผิวหนัง ซึ่งอาจบรรเทาได้โดยการทำความสะอาดบ่อยครั้งขึ้น การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นด้วยการทาครีมทาผิว และการใช้ยาแก้คันตามแผนการรักษาของแพทย์ สำหรับการทำการกิจกรรมนั้นผู้ป่วยสามารถทำการกิจกรรมที่ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยเกินไปได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำการกิจกรรมที่ต้องออกกำลังกายอย่างหักโหม แต่ควรมีการออกกำลังกายซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมากนักโดยสม่ำเสมอ เช่น เดิน รำมวยจีน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานประมาณ 15-30 นาที ให้เหงื่อออก เพื่อขับน้ำทางผิวหนังแต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ออกแรงมากเพราะทำให้เหนื่อยยิ่งขึ้นในระหว่างการออกกำลังกาย ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก ใจสั่น ควรหยุดพักทันที

3. ป้องกันอันตรายจากภาวะเลือดเป็นกรดสูง โปแตสเซียมสูง เลือดออกง่าย ภาวะติดเชื้อและกระดูกหัก เพื่อรักษาชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพของตนเองได้ ดังต่อไปนี้

3.1 ภาวะเลือดเป็นกรดและโปแตสเซียมสูงเกินไป สามารถป้องกันได้โดยการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เลือดเป็นกรดและโปแตสเซียมสูงตลอดจนอันตรายที่จะเกิดตามมาโดยเฉพาะผลของโปแตสเซียมสูงที่ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) ซึ่งอาจมีอันตรายต่อชีวิตได้

3.2 ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจะทำให้เกิดการเสียเลือดได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการกระทำที่ต้องมีการกระทบกระแทก การสั่งน้ำมูกแรง ๆ แก้วไข และป้องกันการท้องผูก ดูแลและรักษานามัยของช่องปาก และควรเลือกใช้แปรงสีฟันชนิดขนอ่อนเพื่อไม่ให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกและเยื่อภายในปาก นอกจากนี้จะต้องสังเกตอาการเลือดออกตามไรฟัน การมีจุดเลือดหรือจ้ำเลือดตามผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ

3.3 การติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ง่ายเนื่องจากมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะยูรีเมีย การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นได้บ่อย เพราะภาวะของปอดแย่ลงร่วมกับการมีน้ำเกิน ผู้ป่วยจึงควรฝึกการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ รักษาอนามัยของช่องปากให้ดี สังเกตลักษณะของเสมหะ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ซึ่งมีคนแออัดหรือเข้าใกล้คนที่มีปัญหาติดเชื้อทางระบบหายใจอยู่แล้ว

3.4 การมี Osteodystrophy ส่งเสริมให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย ผู้ป่วยควรรับประทานยาพวก phosphate binder วิตามินดีและแคลเซียม ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ การกระทบกระแทก การหกล้ม การยกหรือการรับน้ำหนักมาก และควรรักษาการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ไว้ โดยการออกกำลังกายอย่างนุ่มนวล

3.5 ติดตามข่าวสารและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลการรักษาจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือปรึกษาพูดคุยปัญหากับผู้ป่วยโรคเดียวกันเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

3.6 ติดตามการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น โดยไม่ซื่อยามารับประทานเอง

4. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีปัญหาท้องผูกหรือท้องเสียได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูกควรปรับการบริโภคน้ำและอาหารอย่างเหมาะสม โดยเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและควรเพิ่มอาหารประเภทกากใย เช่น ผัก ผลไม้และไม่ขัดกับภาวะ

ของโรค ฟังก์ชันการขับถ่าย นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องได้รับยาระบายซึ่งช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่ม แต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายที่มีแอมกนีเซียม

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียจะต้องระวังการสูญเสียโปแตสเซียม และแคลเซียมมากเกินไป ถ้ามีอาการมากอาจต้องได้รับยาแก้ท้องเสีย ในผู้ป่วยบางรายอาการท้องเสียอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ bacterial flora และเชื้อโรคที่ฉวยโอกาสต่าง ๆ ควรไปพบแพทย์

5. ปรับตัวและหาวิธีการจัดการกับภาวะเครียด ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่ดี นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษายังกระทบต่อความมั่นคงของฐานะทางเศรษฐกิจอีกด้วย

ในภาวะดังกล่าวนี้ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวและเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ใช้กระบวนการแก้ปัญหา แสดงออกและระบายถึงความรู้สึกต่าง ๆ กับบุคคลซึ่งเป็นที่พึ่ง แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพเมื่อจำเป็น ยอมรับและปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรักษา ปรับการทำกิจกรรมและการแต่งกายเพื่อให้ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น

6. การรับประทานยา การใช้ยามีความจำเป็นต่อการควบคุมอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยควรจะทราบฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการใช้ยา ยาที่ใช้กับผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่

6.1 ยาเกี่ยวกับหัวใจ ได้แก่ ยาดิจิทาลิส จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวาย โดยยาจะออกฤทธิ์ทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เบื่ออาหาร ตาพร่า สับสน มึนงง

6.2 ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ถ้าเป็นไปได้ควรวัดความดันโลหิตก่อนใช้ยา ผลข้างเคียงของยา คือ หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยออก ตัวเย็น

6.3 วิตามิน ได้แก่ วิตามินรวม และกรดโฟลิก

6.4 สารที่ช่วยสร้างเม็ดเลือด ได้แก่ ธาตุเหล็ก เนื่องจากภาวะโลหิตจางจากโรคไต การเสียเลือดไปจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6.5 ค่าง ได้แก่ โซเดียมไบคาร์บอเนต เพื่อลดความเป็นกรดในร่างกายจากสารโปแตสเซียมที่คั่งอยู่ในร่างกาย

6.6 แคลเซียม ได้แก่ แคลเซียมคาร์บอเนต เนื่องจากมีภาวะแคลเซียมในร่างกายต่ำ

6.7 ยาลดกรด รับประทานเพื่อเข้าไปจับกับฟอสฟอรัสในทางเดินอาหารไม่ให้ดูดซึม เนื่องจากผู้ป่วยมีฟอสฟอรัสในเส้นเลือดสูงอยู่แล้วซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะกระดูกผุกระดูกพรุนได้

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มีผลต่อการควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขกับโรคที่เป็นอยู่ซึ่งเป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การปรับการบริโภคอาหารและน้ำ การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน การดูแลการขับถ่าย การปรับตัวและหาวิธีการจัดการกับความเครียด และการรับประทาณยา