

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.1 คำจำกัดความโรคไตเรื้อรัง
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
 - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การแบ่งระยะโรคไตเรื้อรัง
 - 1.6 อาการและอาการแสดง
 - 1.7 การรักษาของโรคไตเรื้อรัง
2. การรักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 2.1 ข้อบ่งชี้ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 2.2 วิธีการการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 2.3 ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดการตนเอง
 - 3.1 แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 3.2 พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
4. ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
 - 4.3 ภาวะสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย
 - 4.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง
 - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม

โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังคือภาวะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกายและไม่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่างของร่างกาย หรือภาวะที่ไตถูกทำลายเป็นเวลานานจนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้โดยหน่วยไต (nephron) จะค่อยๆถูกทำลายจนกระทั่งหน่วยไตที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยส่วนที่เสียไปได้ (นันทา มหรรณท์ และ สมรัก รอดพ่าย, 2551; Johnson et al., 2004, Eustace & Coresh, 2005) ทำให้มีการเสื่อมของโครงสร้างอวัยวะและหน้าที่ของไตซึ่งได้แก่ การกรอง การดูดกลับ และการสร้างฮอร์โมนลดแรงดัน (ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย และคณะ, 2551) โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ข้อนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; National Kidney Foundation [NKF], 2002)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยภาวะไตผิดปกติหมายถึงความผิดปกติจากการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางรังสีวิทยา หรือความผิดปกติทางโครงสร้าง เช่น ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากการตรวจเนื้อเยื่อไต ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้
2. ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังอาศัยเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (ไตรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2547; NKF, 2002)

1. มีภาวะของเสียคั่งในเลือด (azotemia) ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน โดยใช้ระดับครีเอตินินมากกว่า 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. มีขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ (ขนาดเล็กกว่า 9 เซนติเมตร)
3. ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูก (renal osteodystrophy)
4. ตรวจปัสสาวะพบผลึกที่มีความกว้างมากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาว 3 ตัวเรียงกัน (broad cast)
5. มีภาวะโลหิตจางที่หาสาเหตุอื่นมาอธิบายไม่ได้

สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะคือตามลักษณะกายภาพหรือโครงสร้างของไต และแบ่งตามสาเหตุการเกิด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งตามสาเหตุการเกิดดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2550)

1. สาเหตุก่อนไต (prerenal cause) เกิดเนื่องจากการลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่ไต ลดลง หรือมีพยาธิสภาพที่อยู่ก่อนถึงเนื้อไต ได้แก่

1.1 พยาธิสภาพของหัวใจที่ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure) มีการคั่งของของเหลวหรืออากาศในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial tamponade) พยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

1.2 ภาวะแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) จากสาเหตุต่างๆ เช่น จากการให้เลือดผิดหมู่ โรคมาลาเรีย การขาดเอ็นไซม์ G-6-P-D การมีเม็ดเลือดแดงน้อยทำให้เซลล์ของไตได้รับออกซิเจนลดลงทำให้การสร้างพลังงาน เพื่อใช้ในการดูดกลับและขับออกของสารต่างๆ ที่หลอดเลือดฝอยลดลง เกิดการเสียหายที่ของหน่วยไตได้

1.3 ภาวะขาดโซเดียม เกิดจากการสูญเสียโซเดียมปริมาณมากออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง อาเจียนอย่างรุนแรง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง

1.4 ภาวะขาดน้ำ ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ที่ไตเสียหายที่ในการปรับความเข้มข้นของปัสสาวะ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

1.5 ภาวะเครียดทางร่างกาย หรือรบกวนสมดุลของร่างกาย เช่น การเกิดบาดแผล ฉุกเฉิน ภาวะหลังผ่าตัดใหญ่ หรือการที่ได้รับยาเสพติดเป็นเวลานานซึ่งรบกวนการหลั่งฮอร์โมนต้านการขับปัสสาวะ (antidiuretic hormone) และทำให้ปริมาณสารกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstrictor) ต่างๆ เพิ่มขึ้น เกิดการหดตัวของหลอดเลือดไตและทำให้ไหลเวียนผ่านไตจึงลดลง

2. สาเหตุที่ไต (intrarenal cause) เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่เนื้อไตมักเกิดหลอดเลือดไตอักเสบ หรือหลอดเลือดฝอยไตจากสาเหตุดังนี้

2.1 การได้รับสารที่ทำลายไต (nephrotoxic agent) เช่น ยาปฏิชีวนะ สารทึบรังสี จากสาเหตุของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune processes) ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อตัวเอง (autoimmunity) ภูมิแพ้ (hypersensitivity) การปฏิเสธเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ (tissue or organ rejection)

2.2 สาเหตุการอุดตันในเนื้อไต เช่น นิ่ว เนื้องอกที่ไต แผลเป็นที่เนื้อไต ซึ่งทำให้เกิดการทำลายเนื้อไตโดยตรง

2.3 ความผิดปกติของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไต เช่น โรคหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงที่ไตตีบแคบ หรือโรคหลอดเลือดขรุขระทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงเรื่อยๆ

3. สาเหตุหลังไต (post-renal cause) เกิดจากการที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กรวยไตถึงท่อปัสสาวะมักมีสาเหตุมาจากนิ่ว เนื้องอก ลิ่มเลือด กรดยูริก ต่อมลูกหมากโต หรือการตีบของหลอดปัสสาวะจากการติดเชื้อ หรือเนื้องอกของมดลูกที่เบียดทางเดินปัสสาวะ การอุดตันดังกล่าวเป็นผลให้เกิดความดันย้อนกลับไปที่ไต และเกิดการทำลายหน่วยไต

พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ตามปกติไตมีความสามารถในการรักษาความสมดุลของสภาพแวดล้อมในร่างกาย (homeostasis) ให้คงไว้ แม้หน่วยไตจะสูญเสียหน้าที่ไปถึงร้อยละ 70-80 ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Intact Nephron หรือ Bricker Hypothesis ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ในภาวะที่เป็นโรคนั้นมีหน่วยไตอยู่ 2 ชนิด คือ หน่วยไตที่ถูกกระทบจากกระบวนการของโรคซึ่งทำหน้าที่ไม่ได้แล้ว และหน่วยไตที่ไม่ได้ถูกกระทบจากโรคซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หน่วยไตที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติจะมีขนาดโตขึ้น (hypertrophy) และทำหน้าที่เพิ่มขึ้นเพื่อรักษาสมดุลในร่างกาย ซึ่งการสมดุลระหว่างการทำหน้าที่ของโกลเมอรูลัส (glomeruli) และหลอดไต (tubule) จะต้องคงอยู่ด้วย คือเมื่อหน่วยไตมีการกรองมาก ก็ต้องมีการดูดกลับเช่นกัน โดยที่ความสามารถในการปรับตัวของไตมีขอบเขตจำกัด ทำให้ระยะท้ายๆ ของไตจะไม่สามารถปรับการทำงานที่ได้เพียงพอ จึงเกิดอาการและอาการแสดงของไตเรื้อรังขึ้นซึ่งมักจะปรากฏเมื่อหน้าที่ของไตเสียไปมากกว่าร้อยละ 75-80 (วัลลา ตันตโยทัย และ ประครอง อินทรสมบัติ, 2543) สำหรับผู้สูงอายุนอกจากสาเหตุดังกล่าวมาแล้วนั้น การสูงอายุนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไต และหลอดเลือดไตโดยพบว่าไตมีปริมาตรและน้ำหนักลดลง จำนวนโกลเมอรูลัสลดลง และพบการหนาตัวของเยื่อผนังไตบริเวณโกลเมอรูลัส เลือดที่ผ่านไตบริเวณคอร์เท็กซ์ (cortex) มีปริมาณลดลง เส้นเลือดจะมีการสะสมของสารไฮยาลิน (hyaline) และไขมัน หลอดไตมีขนาดขยายขึ้นเกิดการบวม และความยาวลดลง ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปที่ไตลดลง และอัตราการกรองที่ไตลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Eustace & Coresh, 2005) เมื่อไตถูกทำลายเป็นเวลานานจนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้โดยหน่วยไตจะค่อยๆ ถูกทำลายจนกระทั่ง

หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยส่วนที่เสียไปได้ และเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (นันทา มหัทธนนท์ และ สมรภัฏ รอดพ่าย, 2551; Eustace & Coresh, 2005)

การแบ่งระยะโรคไตเรื้อรัง

การสูญเสียหน้าที่ของไตจะค่อยเป็นค่อยไปโดยมีการแบ่งระยะความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระยะ ตามการสูญเสียหน้าที่ของไตตามค่าอัตราการกรอง (glomerular filtration rate: GFR) ดังนี้ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; NKF, 2002)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายแต่เมื่อวัดค่าอัตราการกรองยังมีค่ามากกว่า 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และมีค่าอัตราการกรองลดลงคือ เท่ากับ 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 นี้เป็นระยะที่ไตยังสามารถได้ตามปกติหน้าที่การทำงานของไตเหลือร้อยละ 40-70 ไม่มีอาการแสดงของโรค การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของค่ายูเรียในเลือด (Blood urea nitrogen: BUN) และครีเอตินินปกติ หน้าที่ของไตเกี่ยวกับการควบคุมกรดในร่างกายนและการขับออกเช่น ยา สารพิษต่าง ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เรียกว่าภาวะโรคไตเรื้อรัง คือมีการทำงานของไตลดลงครึ่งหนึ่ง และมีค่าอัตราการกรองเท่ากับ 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นการทำงานของไตลดลงอย่างมาก มีค่าอัตราการกรองเท่ากับ 15-29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 นี้เริ่มมีการสูญเสียหน้าที่ของไตโดยที่หน้าที่การทำงานของไตเหลือร้อยละ 20-40 อัตราการกรองลดลงทำให้สารละลายบริสุทธิ์ ความสามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงและการหลั่งฮอร์โมน ลดลง เริ่มมีอาการแสดงและอาการ คือมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยของระดับยูเรียในเลือด และครีเอตินินในกระแสเลือด, มีของเสียคั่งในกระแสเลือดเล็กน้อย, ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และ ภาวะโลหิตจาง อาการแสดงและอาการ จะเกิดขึ้นมากเมื่อไตทำงานหนักมากขึ้นเช่นการขาดน้ำ การขับสารพิษ ความสามารถในการควบคุมภาวะความสมดุลของร่างกายลดลง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่าอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

ในระยะที่ 5 นี้หน้าที่การทำงานของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15 จากปกติ มีการสูญเสียหน้าที่อย่างรุนแรงในการควบคุม การขับออกและการผลิตฮอร์โมน ไม่สามารถในการควบคุมภาวะความสมดุลของร่างกายได้ มีการเพิ่มขึ้นของระดับยูเรียในเลือดและ ครีเอตินินในเลือด มีภาวะโลหิตจาง ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดสูง ภาวะโปสแตสเซียมในกระแสเลือดสูง เกิดภาวะน้ำเกิน ปัสสาวะออกน้อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกายโดยเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า กลุ่มอาการยูริเมีย (uremic syndrome) ในระยะนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญหรือจนถึงกับคุกคามชีวิต โดยจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2550)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ความผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจวาย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจมีหลายประการ ได้แก่ (1) การตั้งของโซเดียมและน้ำเป็นสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูง (2) มีการหลังเร็นนินเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่ง แองจิโอเทนซิน II (angiotensin II) และ อัลโดสเตอโรน (aldosterone) เพิ่มขึ้น (3) การหลั่งโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) จากชั้นในของไตลดลง ตามปกติโพรสตาแกลนดินจะช่วยลดความดันโลหิตโดยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้นเกิดเป็นวงจรความเสื่อม และอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลว และน้ำท่วมปอดรวมทั้งอาการของเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้ (Smeltzer & Bare, 2004)

2. ระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะปอดบวม น้ำ การติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ มีอาการหายใจหอบลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ถ้าเป็นมากจะหายใจแบบคัสมอล (Kussmaul) ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย ผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวข้น กลไกการไหลลดลง ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ (pneumonia) ได้ง่าย

3. ระบบทางเดินอาหาร

มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารทั้งหมด เชื้อในช่องปากแห้งร่วมกับมีแผลแดงจัดขนาดเล็กกระจายอยู่ทั่วไป (uremic stomatitis) ทั้งในช่องปาก และทางเดินอาหารซึ่งเกิดจากสารยูเรียในน้ำลายทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีกระเพาะอาหารอักเสบ มีแผลในกระเพาะอาหาร ถ้าใส่เล็กหรือใส่ใหญ่ ร่วมกับมีเลือดออกจากภาวะยูริเมีย และอาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเดินได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2550)

4. ระบบโลหิต

ยูรีเมียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาหลายประการที่สำคัญคือภาวะโลหิตจางซึ่งเกิดจากการที่ไตสร้างอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลง ทำให้การผลิตเม็ดเลือดแดงลดลงนอกจากนี้ยังเกิดจากการที่ไขกระดูกตอบสนองต่ออีริโทรพอยอิตินลดลงเช่น จาก aluminum intoxication รวมทั้งผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารและมีภาวะเลือดออกง่าย จากเสียเลือดในระบบทางเดินอาหาร (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2550)

5. ระบบประสาท

พบความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ สมองส่วนต่างๆทำงานผิดปกติ เช่น ไม่มีสมาธิ เฉื่อยชา พุดซ้า หลงลืมง่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน ชัก และไม่รู้สึกร่างกาย สำหรับความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ การอักเสบของเส้นประสาท มีอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ปวดแสบปวดร้อนตามปลายประสาท (โสภณ นภทร, 2542)

6. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ เกิดการฝ่อของเซลล์กระดูก (osteodystrophy) จากความสามารถในการขับฟอสเฟตออกจากร่างกายลดลงทำให้ระดับฟอสเฟตในเลือดสูง เมื่อจับกับแคลเซียมเป็นแคลเซียมฟอสเฟต(CaPO_4) ทำให้เกิดการตกตะกอนในอวัยวะต่างๆในร่างกาย ระดับแคลเซียมในเลือดจึงต่ำลงส่งผลให้การกระตุ้นการหลั่งพาราไธรอน (parathormone) ออกมามากขึ้นทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูก เกิดภาวะขาดแร่ธาตุในกระดูก และระดับอัลคาไลฟอสฟาเตส (alkaline phosphatase) สูงขึ้นในภาวะไตเรื้อรังไตจะสังเคราะห์วิตามินดีที่ว่องไวได้น้อยลงทำให้การดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหารลดลง การเปลี่ยนแปลงต่างทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปวดกระดูก กดเจ็บกระดูกหักง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลูกเดินลำบาก (วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล, 2547)

7. ระบบผิวหนัง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีผิวหนังซีดและเหลืองเนื่องจากภาวะโลหิตจางและการคั่งของสารมีสีคือ urochrome pigment ซึ่งตามปกติจะถูกขับออกจากร่างกายโดยไต ผิวหนังจะแห้งเพราะมีการฝ่อของต่อมเหงื่อ นอกจากนี้ยังมีการเขียวข้ำง่าย เนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด อาการคันตามผิวหนัง (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2550)

8. ระบบต่อมไร้ท่อ

ผู้ป่วยไตวายมักแสดงอาการของ hypothyroidism แต่การวัดระดับ thyroxine มักปกติหรือต่ำกว่าเล็กน้อย สาเหตุยังไม่ทราบชัดเจน และยังมีภาวะ hyperparathyroidism ซึ่งเป็นผลมาจากการที่มีระดับฟอสเฟตในเลือดสูงและแคลเซียมต่ำ รวมถึงการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง เนื่องจากตัวรับของอวัยวะเป้าหมายไม่ตอบสนอง หรือลดการตอบสนองต่ออินซูลิน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2542)

การรักษาโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งตามความรุนแรงของโรค คือ การรักษาในระยะเริ่มต้น และระยะโรคไม่รุนแรง ระยะรุนแรง และระยะสุดท้าย (โสภณ นภากาศ, 2542)

1. การรักษาโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น และระยะโรคไม่รุนแรง การรักษาในระยะนี้มีจุดประสงค์ที่สำคัญคือ ชะลอการเสื่อมของไต การรักษาในระยะนี้จะได้ผลการได้รับการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไต เช่น การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงอัตราการกรองลดลง การรักษาในระยะนี้ประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (non-pharmacologic therapy) ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณน้ำ และการควบคุมอาหารได้แก่

1.1.1 การควบคุมโปรตีน การควบคุมโปรตีนจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต จากการศึกษา Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) พบว่ากลุ่มที่ได้อาหารโปรตีนปกติ มีโอกาสเกิดภาวะไตเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารโปรตีนต่ำ ส่งผลให้กลุ่มที่ได้อาหารโปรตีนปกติมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารโปรตีนต่ำ (Pisoni & Remuzzi, 2001) ปริมาณโปรตีนที่ควรได้ในแต่ละวันขึ้นอยู่กับการทำงานของไต ถ้าระดับครีเอตินินในเลือด (serum creatinine) น้อยกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับโปรตีนต่ำประมาณ 0.6 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว ถ้าระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับโปรตีนต่ำมากประมาณ 0.4 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว ร่วมกับการรับประทานกรดอะมิโนจำเป็นหรือกรดคีโต (keto acid) เสริมวันละ 10 กรัม ในกรณีที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากอาจให้โปรตีนขนาด 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว บวกกับจำนวนของโปรตีนที่รั่วออกมาในปัสสาวะ

1.1.2 การควบคุมโซเดียม การควบคุมโซเดียมต้องขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของไตในการขับโซเดียม ซึ่งในภาวะไตเรื้อรังนั้นความสามารถในการขับถ่ายและเก็บเกลือโซเดียมของไตน้อยลงจำนวนโซเดียมที่ขับออกมามีปริมาณคงที่ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงจะ

ทำให้กระหายน้ำมากทำให้ดื่มน้ำมากขึ้นส่งผลให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย ดังนั้น การควบคุมโซเดียมจะช่วยป้องกันการคั่งของน้ำ อาการบวม ความดันโลหิตสูง หัวใจวายได้ จึงควรได้รับโซเดียมเหลือวันละ 2-4 กรัม (ปกติควรได้รับวันละ 8-10 กรัม)

1.1.3 การควบคุมฟอสเฟต อาหารที่มีฟอสเฟตสูงทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูงขึ้น ซึ่งเป็นผลเสียต่อไตในระยะยาวจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์, ไข่แดง, นมสด, เมล็ดพืช เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังควรรับประทานฟอสเฟตน้อยกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวัน

1.1.4 การควบคุมโปแตสเซียม ในภาวะไตเรื้อรังถ้าไตสามารถขับโปแตสเซียมออกทางไตได้อย่างเพียงพอและระดับโปแตสเซียมไม่สูงจนเกินไป ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารประเภทนี้แต่เมื่ออัตราการกรองของโกลเมอรูลัสต่ำมาก และมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวันจึงควรควบคุมอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงเช่นกล้วย ส้ม

1.1.5 การจำกัดน้ำ ความสามารถในการขับน้ำของไตจะเสียไปเมื่ออัตราการกรองต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที หรือคิดเป็นค่าระดับครีเอตินินในเลือดประมาณ 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถ้าระดับครีเอตินินในเลือดต่ำกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีอาการบวมไม่ต้องจำกัดน้ำ และควรดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน ถ้าระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีอาการบวมควรจำกัดน้ำดื่ม โดยควรดื่มน้ำในปริมาณเท่ากับปริมาณปัสสาวะต่อวัน

1.2 การรักษาโดยการให้ยา (pharmacologic therapy) เพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของไต จะใช้เมื่อมีระดับของฟอสเฟตสูง ความดันโลหิตสูง และลดระดับของไขมันในเลือดคือ

1.2.1 การรักษาความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตมีความสำคัญมากในการชะลอความเสื่อมของไต แนะนำให้ควบคุมความดันเท่ากับหรือต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือ mean arterial pressure (MAP) เท่ากับหรือต่ำกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ควรพิจารณาให้ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs), angiotensin receptor blockers, β blockers, หรือ calcium channel blockers (CCBs) เป็นยารักษาความดันโลหิตตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย และไม่มีข้อห้ามใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายอื่นๆ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

1.2.2 ตัวจับฟอสเฟต (phosphate binders) ใช้เพื่อควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับการควบคุมอาหารฟอสเฟต ยาที่มีคุณสมบัติเป็น phosphate binders มีหลายชนิด โดยออกฤทธิ์จับฟอสเฟตในลำไส้ได้แก่ เกลือแคลเซียม, เกลืออลูมิเนียม และเกลือแมกนีเซียม

1.2.3 ยาปรับสมดุลกรดด่าง มีประโยชน์ในการแก้ไขภาวะความเป็นกรดที่เกิดขึ้นจากไตเสียหน้าที่ ควรรักษาให้ระดับไบคาร์บอเนตในเลือดสูงในระดับไม่ต่ำกว่า 22 มิลลิโมลต่อลิตร โดยใช้ยา โซเดียมไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate) ซึ่งต้องใช้ขนาดสูงถึง 5-7 กรัมต่อวัน ผลข้างเคียงจากการได้รับขนาดสูงคือ การได้รับโซเดียมมากจึงต้องระวังอันตรายจากภาวะน้ำเกินและเกิดหัวใจวาย

2. การรักษาโรคไตเรื้อรังในระยะรุนแรง และระยะสุดท้าย ในระยะนี้การชะลอความเสื่อมของไตมักไม่ได้ผล โรคจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ เมื่อเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะค่าอัตราการกรองของไตลดต่ำกว่า 10 มิลลิตรต่อนาที ซึ่งการรักษาด้วยยาอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องมีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ได้แก่ การปลูกถ่ายไต (renal transplantation) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง (peritoneal dialysis) ที่นิยมคือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis)

2.1 การปลูกถ่ายไต

การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไต (donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับ (recipient) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคไตและผู้รับ รวมทั้งมีการทดสอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมมาก เนื่องจากทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงสุดเมื่อเทียบกับวิธีการอื่น การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายเป็นขั้นตอนสำคัญที่ไปสู่ความสำเร็จการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการปลูกถ่าย เช่น ภาวะการติดเชื้อ มะเร็งหลังปลูกถ่ายอวัยวะ ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การเตรียมผู้ป่วยต้องมีความครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การกรองของเสียออกจากเลือดโดยให้เลือดจากหลอดเลือดของผู้ป่วยผ่านตัวกรอง (dialyzer) ที่มีเยื่อบางที่ยอมให้สารบางชนิดผ่านได้ (semipermeable membrane) กั้นแยกระหว่างส่วนของเลือด (blood compartment) และน้ำยา (dialysate compartment) เพื่อแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่างๆ ที่ละลายอยู่ในเลือดและน้ำยาขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือดหรือน้ำยาจนกว่าความเข้มข้นของทั้งสองข้างเท่ากันโดยวิธีแพร่กระจาย (diffusion) ซึ่งเป็นการกรองของเสียออกจากเลือดในขณะเดียวกันน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมากด้วยวิธีการออสโมซิส

และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากๆก็ใช้วิธีการพาหรือที่เรียกว่าอัลตราฟิเตรชั่น (ultrafiltration) โดยการทำให้ความกดดันระหว่างเลือดกับน้ำยามีความแตกต่างกันมาก ๆ โดยทั่วไปใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยการแทงเข็มเข้ากับหลอดเลือดของผู้ป่วยซึ่งมีทั้งหลอดเลือดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร แล้วต่อเข้ากับเครื่องไตเทียม เลือดจะถูกปล่อยให้ไหลผ่านตัวกรองซึ่งมีเครื่องไตเทียม เป็นตัวคอยควบคุมอัตราการไหลของเลือดผ่านตัวกรองและกลับเข้าตัวผู้ป่วย (Olbricht, Lonnemann, & Koch, 2005)

2.3 การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง

การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องมีหลักสำคัญในการทดแทนการทำงานของไตคือการกำจัดของเสียหรือสารที่เกินความต้องการของร่างกายและรักษาสมดุลต่างๆในร่างกาย และปรับสมดุลน้ำในร่างกายโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนสารต่างๆระหว่างเลือด เยื่อบุช่องท้อง และสารในน้ำยาล้างไตที่ใส่ในท้อง เพื่อทดแทนการทำงานของไต (สุกชัย จิตติอาชากุล, 2551) การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องมีหลายรูปแบบดังนี้

2.3.1 การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดชั่วคราว (peritoneal dialysis) เป็นการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยอาศัยกระบวนการการแลกเปลี่ยนสสารระหว่างน้ำยาไดอะไลซิส และพลาสมาของผู้ป่วยผ่านเยื่อบุช่องท้อง ประกอบด้วย 3 ขบวนการเกิดขึ้นพร้อมกันคือ ขบวนการแพร่กระจาย (diffusion) เป็นขบวนการการแพร่ของของเสียและเกลือแร่ส่วนเกินจากเลือดซึ่งมีความเข้มข้นสูงกว่าผ่านเยื่อบุผนังช่องท้องออกไปยังน้ำยาไดอะไลซิส ซึ่งมีความเข้มข้นต่ำ ขบวนการ อัลตราฟิเตรชั่น (ultrafiltration) เป็นขบวนการกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายผู้ป่วยโดยอาศัยแรงดึงน้ำของสารละลายสูงในน้ำยาไดอะไลซิสเรียกสารที่มีความเข้มข้นของสารละลายสูงนี้ว่า osmotic agent ขบวนการดูดซึมกลับ (reabsorption) เป็นขบวนการดูดซึมน้ำและสารละลายจากน้ำยาไดอะไลซิสในช่องท้องคืนสู่หลอดเลือดผ่านทางท่อน้ำเหลือง (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2547)

2.3.2 การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นรูปแบบที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย เป็นวิธีการรักษาที่พัฒนามาจากการล้างไตทางช่องท้องชั่วคราว (peritoneal dialysis: PD) โดยการใส่สายถาวรเข้าช่องท้อง สายนี้จะฝังโดยมีปลายหนึ่งเข้าทางช่องท้อง อีกปลายหนึ่งต่อกับถุงน้ำยาข้างนอก โดยยึดติดไว้กับผนังหน้าท้องอย่างถาวร จะฝึกให้ตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ เปลี่ยนน้ำยาเองโดยต่อถุงน้ำยากับสายถาวร ที่ผ่าตัดฝังไว้ในผนังช่องท้อง ปล่อยน้ำยาเข้าจนหมดถุงปิดไว้ ระหว่างนี้จะมีการขับของเสีย และน้ำที่เกินออกโดยเยื่อบุช่องท้อง ของเสีย และน้ำที่เกินจะเข้าไปอยู่ในน้ำยา ตลอดเวลาผู้ป่วยสามารถทำงานได้ เมื่อครบเวลา 4-6 ชั่วโมง จะปล่อยน้ำยาออก และเปลี่ยนเอาน้ำยาถุงใหม่ใส่เข้าไปในท้อง ในแต่ละวัน

จะใช้น้ำยา 6-8 ลิตร โดยวิธีนี้ของเสีย และน้ำที่เกินจะถูกขับออกตลอดเวลา มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เหมือนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ชูชัย ศรชานี, 2551) การรักษาด้วยวิธีนี้ วัตถุประสงค์เพื่อขจัดของเสียออกจากช่องท้องแทนไตที่เสื่อม ดึงน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย และรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2551)

การรักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยเริ่มนำวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยได้รับการพัฒนาและนำมาใช้กันจนเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพเท่ากับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยอาศัยหลักการแลกเปลี่ยนสารละลายในช่องท้อง โดยมีเยื่อช่องท้อง (peritoneal membrane) เป็นเยื่อกั้นบาง (semipermeable membrane) ระหว่างน้ำยาล้างไตกับเลือด โดยอาศัยความแตกต่างของน้ำยาล้างไตกับความเข้มข้นของสารละลายในเลือด โดยอาศัยกระบวนการแพร่กระจาย (diffusion) การออสโมซิส (osmosis) และอัลตราฟิลเตรชัน (ultrafiltration) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550)

ข้อบ่งชี้ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะที่เข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่าอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จะได้รับการพิจารณาให้รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีข้อบ่งชี้ได้แก่ 1) มีอาการของเสียคั่ง (uremia) หรือ 2) มีภาวะน้ำเกินที่รักษาไม่ได้ด้วยการจำกัดน้ำและเกลือแร่หรือยาขับปัสสาวะ หรือ 3) ภาวะทุพโภชนาการ คือ ระดับอัลบูมินในเลือด (serum albumin) ต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามสำหรับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้แก่ มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถใส่สายได้ มีพังผืดในท้องมาก มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ไม่มีผู้ดูแลในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการรักษาได้ด้วยตนเอง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; NKF, 2005)

วิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

มีวิธีการคือ ผ่าตัดฝังสาย tenckhoff ไว้ในช่องท้อง ท่อนี้จะฝังโดยมีปลายหนึ่งเข้าทางช่องท้อง อีกปลายหนึ่งต่อกับถุงน้ำยาข้างนอก โดยยึดติดไว้กับผนังหน้าท้องอย่างถาวร หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสอนให้ใส่น้ำยาล้างไตเข้าช่องท้อง และหัดเปลี่ยนถุงน้ำยา ในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัดจะใส่น้ำยาเพียงครั้งละ 1,000 มิลลิลิตร เท่านั้น หลังจากแผลหน้าท้องหายสนิทแล้วจะเก็บน้ำยาไว้ในท้องนาน 6 ชั่วโมง จึงจะปล่อยน้ำยาเดิมทิ้งไป แล้วใส่น้ำยาจากถุงใหม่เข้าไปแทน ทำเช่นนี้วันละ 4 ครั้งทุกๆวันตลอดไป (สุมาลี นิมนานิตย์ และคณะ, 2546)

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (พรเพ็ญ แสงฉวีรักษ์, 2551)

1. ภาวะติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องต่อไปได้ ประกอบด้วย การติดเชื้อของช่องสายออก (exit site infection) สามารถนำไปสู่การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้ และ เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรักษาด้วยการล้างไตทางเยื่อช่องท้อง มักพบในช่วง 6 เดือนแรก และ 1 ปีแรก
2. ไส้เลื่อน (hernia) พบร้อยละ 10-25 โดยเฉพาะผู้สูงอายุ, ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หลายครั้ง, อ้วน, มีประวัติได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนมาก่อน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้องจากน้ำยาล้างไต ทำให้หน้าท้องขยายและเกิดไส้เลื่อนขึ้นในส่วนที่อ่อนแอของผนังหน้าท้อง
3. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (hydrothorax) พบได้น้อยอาจพบตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มใส่น้ำยาหรือหลังจากได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นปี
4. ปวดบวม น้ำ เกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือคั่งน้ำ และรับประทานอาหารเต็มเกินไป
5. อาการปวด อาการปวดท้องถ้ามีอาการปวดขณะปล่อยน้ำยาเข้าอาจเกิดจากแรงฉีดของน้ำยาล้างไตขณะปล่อยเข้าไปกระทบต่อเยื่อช่องท้อง นอกจากนี้ยังพบอาการปวดหลังเนื่องจากปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ในท้องอาจดึงให้กระดูกสันหลังบริเวณเอวแอ่นมากขึ้น และอาการปวดไหล่ซึ่งเกิดจากน้ำยาหรือลมในช่องท้องที่ไประคายเคืองกระบังลมและอาการนี้จะหายไปเองได้
6. ภาวะซึมเศร้า อาจเกิดจากการเผชิญกับความเครียด การวิตกกังวล กลัวต่อการเจ็บป่วย การมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ และการรู้สึกเป็นภาระแก่คนอื่น ทำให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวโดยเฉพาะการติดเชื้อเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติ และหากเกิดขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การ เปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลช่องทางออกของสาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการแก้ไขเบื้องต้น การตรวจสอบน้ำยา และอุปกรณ์ของใช้ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดตามการรักษาตามแพทย์นัด รวมถึงด้านอารมณ์และการปรับตัว (รุ่งทิพย์ สีนวลแล, 2546; สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2545) เพื่อให้อยู่กับโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นคำที่มีผู้ให้คำจำกัดความอย่างหลากหลาย เช่น เป็นการกระทำของบุคคล เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคต่อสภาวะสุขภาพ โดยการชี้แนะและร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย (Clark, Becker, Janz, & Lorig, 1991) เป็นทักษะการเรียนรู้ และเป็นการปฏิบัติที่จำเป็นต้องกระทำ และสนองความต้องการด้านอารมณ์ถึงแม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วย (Lorig, 1993) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเข้าร่วมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและจัดการกับอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย จัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อหน้าที่ อารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความร่วมมือในการรักษา (Gruman & Von Korff, 1996) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูลและการประเมินผล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ (Creer, 2000) เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการตัดสินใจ การตอบสนองต่ออาการและการแสดงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และป้องกันการกำเริบของโรค (Rigel, Carson, & Glaser, 2000) หรือเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังสามารถรับประทานยาและคงไว้ซึ่งแบบแผนการรักษา การดำเนินชีวิตประจำวัน (Redman, 2004)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองควบคุมความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย ต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม คงไว้ซึ่งการมี

สุขภาพที่ดี

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่กว้างและมีการนำไปปฏิบัติได้หลายวิธีโดยที่มีความแตกต่างกันตามวิธีปฏิบัติตามแนวคิด วิธีปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) มีไว้ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) คือการกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคตที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษา ต่อรอง และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้

2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตัวเอง (self monitoring) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูล ซึ่งการเฝ้าระวังตัวเองเป็นสิ่งสำคัญที่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยแนวทางการเฝ้าระวังตัวเองมี 3 ประการได้แก่ เฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมาย กำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ และสังเกตและบันทึกข้อมูล

3. การประมวลและการประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และประเมินว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ เรียนรู้ที่จะดำเนินการและประเมินผลในข้อมูลที่รวบรวมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเอง และภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ

4. การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในหน้าที่การจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ดำเนินการและประเมินผล เกี่ยวกับข้อมูลของตัวเองและความเจ็บป่วย ต้องตัดสินใจเลือกการดำเนินการที่เหมาะสม

5. การลงมือปฏิบัติ (action) การลงมือปฏิบัติเป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่น หาแหล่งช่วยเหลือ การวางแผน และการแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การเสริมแรง (reinforcement) การมีต้นแบบ (modeling) เป็นต้น

6. การประเมินตนเอง (self reaction) คือ การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง จากการประเมินนี้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม เพื่อทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ

นอกจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2002) แล้วยังมีแนวความคิดการจัดการตนเองของ คานเฟอร์ (Kanfer, 1975) ที่ใช้พฤติกรรมควบคุมตนเอง (self regulatory

behavior) ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการนี้ประกอบด้วย ระยะการติดตามตนเองหรือการสังเกตตนเอง สร้างเป้าหมายและตัววัดความสำเร็จ ส่งเสริมการตระหนักรู้ด้วยตนเอง (self awareness) และการประเมินตนเอง (self evaluation) และสร้างการเสริมแรงตนเองโดยการให้รางวัลเมื่อสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ โดยมีวิธีการปฏิบัติตามแนวความคิดการจัดการตนเองของ คานเฟอร์ (Kanfer, 1975) 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self monitoring) คือการที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการเหล่านี้ บางกระบวนการหรือทุกกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพฤติกรรม (behavioural) กระบวนการสังคม สิ่งแวดล้อม (environment-social) กระบวนการรู้คิด (cognitive) และกระบวนการทางร่างกาย (physiological) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเอง

2. การชี้แนะตนเอง (self instruction) คือข้อมูลที่ผู้ป่วยให้กับตนเองเพื่อชี้แนะ เพิ่มพลังไว้ หรือลดลง การตอบสนองที่เหมาะสม

3. การกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (self induced stimulation change) เพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อการเจ็บป่วย

4. การกระทำเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (self induced responses change) คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นการเสริมแรงหรือการลงโทษ ซึ่งเป็นการตอบสนองที่มีผลต่อสุขภาพ การผ่อนคลายเป็นตัวอย่างของทักษะที่ให้ความหมายของการควบคุมร่างกายที่เป็นการจัดการกับอาการ

5. การตัดสินใจ (decision making) คือการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งการตัดสินใจเป็นส่วนที่สำคัญของการตัดสินใจ

นอกจากนี้ยังมีวิธีการปฏิบัติตามแนวความคิดการจัดการตนเองของลอริก (Lorig, 2003) ซึ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาเป็นพื้นฐานนำไปสู่ขั้นตอนการจัดการตนเองซึ่งมี 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) ทักษะนี้เป็นพื้นฐานในการคิดแก้ไขปัญหา ในการขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลในการปฏิบัติ

2. การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหา เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในแต่ละวันเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยควรรู้การปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและโรคของตนเอง การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องพบแพทย์และการจัดการกับอาการเจ็บป่วยดังกล่าว การรับประทานอาหารที่เหมาะสมตนเอง

และโรค ความเข้าใจในการใช้ยาและการรับประทานยารวมถึงผลข้างเคียงของยาที่เกี่ยวข้องโรค การจัดการด้านอารมณ์ การแก้ไขปัญหาที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ การติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย การตัดสินใจดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ตัวผู้ป่วยได้รับและเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของตนเองที่เพิ่มขึ้นและสามารถพบแพทย์ได้ ศูนย์กลาง การศึกษาการจัดการตนเองคือข้อมูลที่ส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสม

3. การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) ใช้ประโยชน์แหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีความสำคัญมากที่จะช่วยในการจัดการตนเอง เช่นกลุ่มช่วยเหลือต่าง ๆ การใช้สมุดโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ห้องสมุด แหล่งชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และช่วยในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ การใช้กลุ่มช่วยเหลือยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยเพียงลำพัง และสามารถเติมเต็มให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยได้ ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตจะทำให้สามารถได้รับข้อมูลที่หลากหลายในเวลาเดียวกันได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้แหล่งข้อมูลต่าง ๆ

4. การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย (forming of a patient/health care provider partnership) ในอดีตระบบการดูแลสุขภาพขั้นต้นเริ่มด้วยการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลัน ดังนั้นระบบสุขภาพจึงมีการตอบสนองเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน บทบาทของทีมสุขภาพจึงเป็นผู้วินิจฉัยและให้การรักษา ส่วนผู้ป่วยมักจะไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพ ต่อมาในระยะหลังศตวรรษที่ 20 มุมมองในการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนไป จากการที่โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นประกอบกับความเจ็บป่วยระยะยาว บทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพเปลี่ยนไปเป็นผู้สอน และเป็นผู้แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นจึงต้องฝึกทักษะในการรายงานเกี่ยวกับอาการของตนเองให้เป็นไปอย่างถูกต้องแม่นยำ นอกจากนี้ยังต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาโดยเป็นผู้เลือกวิธีการรักษา ภายใต้คำแนะนำจากบุคลากร ทั้งนี้ต้องฝึกผู้ป่วยให้มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้วย

5. การปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะในการแก้ไขปัญหาซึ่งมีความคล้ายคลึงกันกับการตัดสินใจแต่การปฏิบัตินี้จะอาศัยสมรรถนะแห่งตนหรือความมั่นใจในการปฏิบัติ กับทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งสำคัญของการจัดการตนเองขึ้นอยู่กับ การวางแผนให้สามารถบรรลุกิจกรรมนั้นได้ การวางแผนระยะสั้นเมื่อประสบความสำเร็จช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติสิ่งที่ผู้ป่วยได้ตั้งไว้ ซึ่งสมรรถนะแห่งตนสามารถวัดเป็นคะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 ถ้าคะแนนสูงกว่า 7 คะแนน แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะแห่งตนที่สูงผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามที่ผู้ป่วยตั้งไว้ได้ ถ้าผู้ป่วยตอบน้อยกว่า 7 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถบรรลุได้ถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้

พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต้องดูแลตนเองไม่เพียงแต่การเปลี่ยนน้ำยาที่บ้านวันละ 4 ครั้ง ยังต้องดูแลตนเองในด้านอาหาร ยา กิจกรรมประจำวัน การดูแลแผลทางออกของสาย การสังเกตอาการผิดปกติจากการทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง และลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยที่พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตโดยแบ่งตามการจัดการ 3 ด้าน ของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig, & Holman, 2003) ได้แก่

1. การจัดการทางการแพทย์ (medical management)

1.1 พฤติกรรมด้านควบคุมอาหาร เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการสูญเสียโปรตีน วิตามิน เกลือแร่หลายชนิด ร่วมกับอาการเบื่ออาหารทำให้ร่างกายมีความอยากอาหารน้อยลง อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ผู้ป่วยจึงควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 การจำกัดอาหารโปรตีนสูง โดย ควรได้รับอย่างน้อยวันละ 1.2-1.3 กรัม ต่อ 1 กิโลกรัม (NKF, 2000) ถ้ามีภาวะขาดอาหารหรือมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบควรเพิ่มเป็นวันละ 1.4-1.6 กรัมต่อกิโลกรัม และโปรตีนที่ได้รับร้อยละ 50 ควรเป็นโปรตีนเปลี่ยนคุณภาพสูงเพื่อให้ได้กรดอะมิโนที่จำเป็น เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550)

1.1.2 การจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อย 50% ของพลังงานทั้งหมด พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต และสารอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่ควรให้ได้รับเพิ่มมากนัก เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตาลจากน้ำยาล้างไต ซึ่งการดูดซึมน้ำตาลจากน้ำยาถูกเปลี่ยนเป็นพลังงานจะประมาณ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน (ประมาณร้อยละ 15-30 ของปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยต้องการ) ดังนั้นผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ควรลดอาหารจำพวกแอลกอฮอล์และของหวาน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; NKF, 2000)

1.1.3 การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน ผู้ป่วยควรได้รับอาหารกลุ่มไขมันในปริมาณไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เนื้อแดง รวมทั้งอาหารที่มีแอลกอฮอล์ ของหวาน แยมหรือขนมที่ใส่ กะทิ ขาหมู เป็ดย่าง ไก่ตอน นมสด เนย สามารถรับประทานอาหารไขมันจากพืชหรือปลาได้ เพราะว่ามีกรดไขมันไม่อิ่มตัว และควรออกกำลังกายเพื่อช่วยลดไขมันในเลือดและป้องกันการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; NKF, 2000)

1.1.4 การหลีกเลี่ยงโซเดียมและน้ำ ผู้ป่วยควรได้รับโซเดียมประมาณ 2,000-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน (เครื่องปรุงรสเช่น น้ำปลา ไม่ควรใช้เกินวันละ 3 ช้อนชา) ผู้ป่วยที่มีอาการบวมควรได้รับน้อยกว่านี้ และปริมาณน้ำที่ควรได้รับให้พิจารณาจากปริมาณปัสสาวะที่ออกมารวมกับปริมาณน้ำยาที่ดึงออกจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ส่วนที่กำไรร่างกาย) ซึ่งเท่ากับปริมาณน้ำปัสสาวะบวกกับปริมาณน้ำ 1-2 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัสสาวะ ให้พิจารณาปริมาณน้ำที่ควรได้รับเท่ากับปริมาณน้ำยาที่ดึงจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 ลิตรต่อวัน ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับเข้าไปทุกชนิด เช่น นม กาแฟ ข้าวต้ม น้ำแกง หรือน้ำแข็ง เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน และอาการบวม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; NKF, 2000)

1.1.5 การหลีกเลี่ยงโปแตสเซียม ผู้ป่วยควรได้รับโปแตสเซียมประมาณวันละ 70 milliequivalence (mEq) หรือประมาณ 2,000-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยปกติผู้ที่ทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมักพบภาวะ โปแตสเซียมต่ำได้บ่อยกว่าสูง แต่หากพบมีระดับโปแตสเซียมสูงกว่าปกติให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง โดยเฉพาะผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูงเช่นกล้วย ส้ม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550; NKF, 2000)

1.1.6 การหลีกเลี่ยงฟอสเฟต ผู้ป่วยควรงดอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม และเมล็ดพืชต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ซึ่งพบว่าอาหารที่มีฟอสเฟตสูงจะเร่งการเสื่อมของไตให้รุนแรงขึ้น รวมถึงการรบกวนของโปรตีนทางปัสสาวะมากขึ้น

1.1.7 การรับประทานวิตามินเสริม ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมักขาดวิตามินชนิดละลายน้ำ เช่น วิตามินบี วิตามินซี และกรดโฟลิก ดังนั้นจึงควรได้รับวิตามินบี 1 บี 6 วิตามินซี และกรดโฟลิก เพิ่มเติม

1.2 พฤติกรรมการรับประทานยา โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาหลายขนาน ยาส่วนหนึ่งเป็นยาที่ต้องใช้บำบัดโรคอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเก๊าท์ เป็นต้น สำหรับยาที่ใช้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะมีหลายชนิดเช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาลดการดูดซึมฟอสเฟตในอาหาร และยารักษาภาวะโลหิตจาง ได้แก่ ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ฮอว์โมนอีรีโธรพอยอิติน ผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา

1.3 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ผู้ป่วยควรออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเป็นชนิดที่เน้นออกกำลังกายต่อเนื่องเช่น กายบริหารหรือเดิน โดยใช้เวลาติดต่อกัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อึดทน

และหลอดเลือดแข็งแรง ช่วยให้ความดันอยู่ในระดับคงที่ กระตุ้นความอยากอาหาร และนอนหลับพักผ่อนได้ดี และผู้ป่วยควรนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.4 พฤติกรรมการขับถ่าย ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากขาดการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีกากน้อย หรือการได้รับยาขับปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้ หรือบางครั้งอาจต้องได้รับยาระบายตามการรักษาของแพทย์

1.5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ โรคไตเรื้อรังมักทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น อาจทำให้มีความรู้สึกต้องการทางเพศ ซึ่งผู้ป่วยสามารถจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสได้ตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและลดความเครียด หรือการเก็บกดลงได้

1.6 พฤติกรรมด้านการอาบน้ำ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำด้วยฝักบัวหรือชักน้ำอาบตามปกติ และแขวนถุงน้ำยาไว้ให้สูงไม่วางถุงน้ำยาไว้บนพื้นห้องน้ำ ไม่ควรอาบน้ำด้วยวิธีลงแช่น้ำ เพราะจะทำให้ติดเชื้อที่แผลหน้าท้องได้ หลังอาบน้ำแล้วควรทำความสะอาดแผลที่หน้าท้อง

1.7 พฤติกรรมการดูแลแผลช่องทางออกของสาย Tenckhoff catheter การดูแลแผลช่องทางออกของสายอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลช่องทางออกจนเชื้อลุกลามเข้าถึงเยื่อช่องท้อง ซึ่งทำให้ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจต้องวางสายใหม่ ผู้ป่วยจะต้องดูแลแผล และทำและอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อช่องทางออกของสายเปียก จะมีขั้นตอนในการดูแลแผลดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550)

1.7.1 สวมผ้าปิดปากและจมูก

1.7.2 เตรียมสถานที่ในการทำแผล โดยต้องไม่มีลมพัด มิดชิด เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคจากอากาศที่ฟุ้งกระจาย

1.7.3 ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอนที่ถูกต้องแล้วเช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด ทั้งนี้ควรใช้สบู่เหลวแบบกดสำหรับใช้เฉพาะผู้ป่วยคนเดียว หากหมดควรซื้อขวดใหม่ ไม่ควรซื้อมาเติมในภาชนะเดิม เพื่อหลีกเลี่ยงการสะสมของเชื้อโรคบนผิวสบู่และภายในภาชนะบรรจุ

1.7.4 ประเมินช่องทางออกของสาย Tenckhoff catheter รวมทั้งผิวหนังบริเวณรอบแผลช่องทางออก สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการแพ้พลาสติกที่ปิดแผล

1.7.5 ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือออร์มัล ซับให้แห้งด้วยผ้ากอซสะอาด ห้ามโรยแป้ง

1.7.6 ถ้าพบสะเก็ดเกาะที่ช่องทางออกของสาย ให้ใช้ผ้ากอซชุบน้ำเกลือออร์มัล วารอบสะเก็ดให้ชุ่มจนสะเก็ดนิ่มแล้วค่อยๆลอกออกอย่างนิ่มนวล

1.7.7 นำผ้ากอซปิดลงบนแผลรอบสายและปิดกอซทับอีกชั้นหนึ่ง

1.7.8 ปิดพลาสติกเฮอร์ให้ตึงสายล้างช่องท้องอยู่กับที่ตลอดเวลา ระวังไม่ให้สาย ล้างช่องท้องบิดหรือดึงรั้งจนเกินไป

1.8 พฤติกรรมการจัดการการเปลี่ยนน้ำยา ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับการสอนการเปลี่ยนน้ำยา ผู้ป่วยและญาติที่รับผิดชอบจะต้องทำการเปลี่ยน น้ำยาวันละ 4 ครั้ง อย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการเปลี่ยนน้ำยาพร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนน้ำเข้า และออก ดังนั้นต้องกำหนดเวลาให้เหมาะสมกับอาชีพการงาน และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและ ผู้ปฏิบัติ แต่ต้องอยู่ภายใต้หลักการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ วันละ 4 ครั้ง มีช่วงห่างครั้งละ 4-6 ชั่วโมง และต้องแจ้งกำหนดเวลาของการเปลี่ยนน้ำยาให้แพทย์และพยาบาล เพื่อช่วยพิจารณาความถูกต้อง

1.9 พฤติกรรมที่สังเกตความผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น ผู้ป่วยสังเกตอาการ ผิดปกติและรู้จักวิธีการแก้ไขเบื้องต้นที่บ้านเพื่อป้องกันปัญหาที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ปัญหาที่อาจ พบมีดังนี้

1.9.1 การรั่วซึมของน้ำยา ให้ผู้ป่วยสังเกตจากผ้ากอซปิดแผลเปียกชื้น การ แก้ไขเบื้องต้นโดยการเปลี่ยนผ้ากอซปิดแผลใหม่ ตรวจสอบดูว่าข้อต่าง ๆ ติดแน่นดีไม่มีการรั่วซึม จากข้อต่อและให้ใส่ปริมาณน้ำยาให้น้อยลงกว่าเดิม หากอาการรั่วซึมยังคงมีอยู่ให้มาพบแพทย์ ถ้า หากทิ้งไว้อาจเป็นช่องทางเข้าของแบคทีเรีย ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้

1.9.2 การไหลของน้ำยา น้ำยาไม่ไหลเข้าและหรือไม่ไหลออกจากช่องท้อง ขณะเปิดที่หนีบสายยาง (clamp) แสดงถึงมีการอุดตันให้แก้ไขโดยสำรวจว่ามีรอยพับของสาย หรือไม่ บีบหรือรีดสาย เปลี่ยนท่า เช่น จากท่านั่งเป็นท่านอน กรณีน้ำยาไม่ไหลเข้าช่องท้อง อาจจะ ต้องยกถุงน้ำยาให้สูง หรือบีบถุงเพื่อช่วยเพิ่มแรงดัน หากแก้ไขเบื้องต้นดังกล่าวไม่ได้ควรไปพบ แพทย์

1.9.3 จำนวนน้ำยาที่ออก น้ำยาที่ปล่อยออกมามีจำนวนน้อยกว่าที่ใส่เข้าไป มากใน 1 วัน (ขาดทุน) จนทำให้เกิดอาการบวมตามแขน ขาหรือหน้าตาแก้ไขโดยการลด ปริมาณน้ำดื่มต่อวันให้น้อยลง เพิ่มความเข้มข้นของน้ำยาจาก 1.5% เป็น 2.5% หรือ 4.5% วันละ 1-2 ถุงแต่ห้ามใช้ในเวลากลางคืน หากไม่ดีขึ้นให้มาพบแพทย์

1.9.4 ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ สิ่งที่ต้องสังเกตคือ น้ำยาที่ปล่อยออกมาขุ่น หรือมีเยื่อลอยในน้ำยา มีไขมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการปวดเสียดท้องหรือท้องเสีย น้ำยาที่

ปล่อยออกมาปริมาณน้อยกว่าร้อยละ 50-70 ของปริมาณน้ำยาที่ใส่เข้าไปติดต่อกัน 2 ครั้ง การแก้ไขเบื้องต้นขณะอยู่บ้าน โดยการล้างช่องท้องโดยการใส่น้ำยาเข้าและปล่อยออกทันทีที่น้ำยาหมดถุงประมาณ 2-3 ถุง และให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง

1.10 พฤติกรรมการติดตามการรักษาตามแพทย์นัด การติดตามการรักษาของผู้ป่วยตามแพทย์นัดเป็นการติดตามประเมินผลการรักษา โดยการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดและอื่น ๆ อาจประเมินประสิทธิภาพของการทำด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมาตรงวันที่แพทย์นัด

2. การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน (role management) เป็นการคงหน้าที่การทำงานของร่างกายที่เหลืออยู่ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ การปรับพฤติกรรมใน วิถีชีวิต (Lorig & Holman, 2003) สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายจากโรค และแผนการรักษา ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น บางครั้งส่งผลต่อบทบาทในอาชีพเปลี่ยนไป เช่น อาจมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพบางอาชีพ หรือต้องเปลี่ยนงานจากร่างกายอ่อนเพลีย เป็นต้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นต้องช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น การจัดการอารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า สับสนซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Lorig & Holman, 2003) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคม (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) เนื่องจากต้องใช้เวลาในแต่ละวันเพื่อเปลี่ยนน้ำยา รวมทั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหากขาดความระมัดระวังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดได้ง่าย ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า สิ้นหวังในชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการเผชิญความเครียดในทางที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของตนเอง เช่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การอ่านหนังสือที่ให้อำนาจใจ การออกกำลังกาย การสวดมนต์ หรือการไปปฏิบัติธรรมที่วัด เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมจัดการตนเองจะขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างซึ่งจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองขึ้นอยู่กับลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้น (rhythm of disorder) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค และลักษณะที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ วิธีการควบคุมโรคและความไม่แน่นอนของโรค จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา จะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่อนข้างน้อย แต่เนื่องจากลักษณะของโรคไตเรื้อรังไม่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นแม้จะมีลักษณะเฉพาะตามโรคที่เป็น แต่เป็นรายละเอียดในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ซึ่งในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังน่าจะมีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้จากข้อจำกัดของการศึกษามโนทัศน์พฤติกรรมจัดการตนเองโดยตรง แต่มีการศึกษาพฤติกรรมที่น่าจะเกี่ยวข้อง และมีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ ซึ่งศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้หัวข้อของการทบทวนวรรณกรรมด้วย และพบว่าปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ และบทบาททางสังคมที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่ง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงจะให้ความสำคัญในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ในขณะที่เพศชายมักจะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปาระตี โอภาสนันท์ (2542) พบว่าในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานเพศหญิงมีความสามารถดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าพฤติกรรมของเพศชาย ดีกว่าเพศหญิง
2. อายุ มีผลต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เป็นตัวกำหนดวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจ (Curtin, Schatell, Mapes, &

Burrows-Hudson, 2005) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีในการจัดการตนเอง สามารถเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษาของ เขียวเรศ สมทรัพย์ (2542) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา และการศึกษาของ สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล (2549) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งนำมาสู่การดูแลตนเอง บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533) เช่นการศึกษาของ เพลินดา ศิริปการ และ นางลัษณ์ จุฑาจินดาเขต (2540) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

4. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลกับการจัดการตนเอง (Creer, 2000) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันตามระยะเวลาของโรค และการรักษา จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยของ ตั้งแต่ 5-10 ปีขึ้นไป จะมีระยะเวลาการเรียนรู้ และการปรับตัว ในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพดีกว่า ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า และการศึกษาของ ศรียา วัฒนพาหุ และ สนม สาระนพ (2540) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานในระยะ 1-5 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานระยะ 5 ปีขึ้นไป

การประเมินปัจจัยส่วนบุคคล

โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา โดยประเมินได้จากแบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่บุคคลรับรู้ และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้อง และความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลแสดงหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Gage & Berliner, 1992) รวมทั้งความรู้ยังเป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้จากประสบการณ์หรือการฝึกหัด (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2542) และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะแสดงผลต่อพฤติกรรม ซึ่งการจัดการตนเองจะสำเร็จได้นั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้

เกี่ยวกับอาการและการรักษาของโรค เพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง (Gage & Berliner, 1992) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ถือเป็นสิ่งจำเป็นเพราะผู้ป่วยต้องเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ และต้องสามารถผสมผสานความรู้ให้เข้ากับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นให้ได้ เพื่อการจัดการนั้นจะได้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ (ชุดิพร เรียนแพง, 2548) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต้องการกระบวนการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ได้แก่ เทคนิคการปลดเชื้อ การล้างมืออย่างถูกวิธี วิธีการเปลี่ยนถุงน้ำยา การดูแลสายและแผลทางออกของสาย วิธีการจดบันทึกความสมดุลของน้ำยา อาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การปรับปริมาณน้ำดื่มประจำวัน รวมถึงดูแลขั้นต้นเมื่อมีการผิดปกติ

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ฐานะทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่น การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และการงานที่เปลี่ยนแปลงบทบาท (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) เช่นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาจมีข้อจำกัดไม่สามารถประกอบอาชีพบางอย่างได้ หรือต้องออกจากงานเนื่องจากร่างกายอ่อนเพลียเป็นต้น ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อที่จะดำเนินบทบาทในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านอารมณ์ จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ต้องมีจุดคิดทางหน้าท้องตลอดเวลา การรู้สึกว่าการกระทำของตนไม่ได้ผลลัพธ์ดังที่หวังไว้ เช่น เมื่อดูแลตนเองมาด้วยดีสักระยะหนึ่ง อาการเกิดกำเริบขึ้น ด้วยความไม่แน่นอนของโรค อาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (อภัสรา อรัญวัฒน์, 2551) ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการจัดการตนเองด้านอารมณ์ เพื่อการเรียนรู้วิธีการเผชิญความเครียดในทางที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น เช่น การศึกษาของ เจนสัน และคณะ (Janson et al., 2003) พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อโรคแก่

ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการรับรู้ในการควบคุมโรคดีขึ้น และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เคอทิน และคณะ (Curtin et al., 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ความรู้ และความสามารถในหน้าที่ และความผาสุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่าความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง รวมทั้งการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ที่พบว่าทำให้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้ การฝึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลนั้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดช้อย วัฒนา (2549) ที่พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ และการศึกษาของ สันสนีย์ กองสกุล (2552) พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับ เคอทิน และคณะ (Curtin et al., 2004) ที่พบว่าทำให้ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวนั้นสามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบสอบถาม การใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นของโรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นจะเน้นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่ และยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Representation)

ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (illness representation) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งไม่ใช่การมองแบบทางการแพทย์ โดยจะเน้นบทบาทของสังคม วัฒนธรรม และการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการทำความเข้าใจพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย โดยที่ได้มีการพัฒนาแนว และได้มีการศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีความเชื่อพื้นฐานอยู่ 3 ประการดังนี้ (Leventhal & Diefenbach, 1991; นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)

1. บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการเผชิญความเครียดหรือสามารถจัดการกับภาวะคุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาตามการรับรู้หรือตามความเข้าใจที่ตนเองมีอยู่ เมื่อบุคคลเจ็บด้วยโรคใดโรคหนึ่งในช่วงเวลาที่บุคคลเจ็บป่วยอยู่นั้นแต่ละบุคคลจะมีการสร้างหรือพัฒนาภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วย และมีผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และมีผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปขึ้นกับว่าบุคคลมีภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วยอย่างไร

2. กระบวนการในการแก้ไขปัญหหรือเผชิญปัญหาจะอ้างอิงกับการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งหมายถึงภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนั่นเอง ซึ่งภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนี้อาจไม่ใช่ภาพเดียวกับภาพที่เป็นมุมมองทางการแพทย์

3. แนวคิดของภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย จะเน้นบทบาทของสังคม วัฒนธรรม และการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อการสร้างภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่ามิใช่แค่เพียงบุคคลทางการแพทย์เท่านั้นที่มีผลต่อการสร้างหรือพัฒนาภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล แต่ยังรวมไปถึงครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน

องค์ประกอบของแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย

ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ (Leventhal & Diefenbach, 1991)

1. ภาพของลักษณะเฉพาะหรือเอกลักษณ์ของการเจ็บป่วย (identity) หมายถึงการให้ความหมายการเจ็บป่วยตามความเข้าใจของบุคคลว่าโรคนั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างไร หรือมีอาการอะไรที่เป็นลักษณะเด่นของโรคตามความเข้าใจของบุคคลซึ่งอาจไม่ได้เป็นความหมายเดียวกันกับการแพทย์ เช่น เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง บุคคลอาจให้ความหมายตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า โรคมะเร็งหมายถึง ความทุกข์ทรมานหรือความตายที่ใกล้เข้ามา หรือเมื่อพูดถึงโรคเอดส์บุคคลทั่วไปอาจให้ความหมายว่า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสำส่อนทางเพศ เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหาย

2. ภาพของสาเหตุการเจ็บป่วย (cause) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิดว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การคิดที่แตกต่างกันเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยอาจส่งผลให้บุคคลมีวิธีการดูแลตัวเองที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 คน มองสาเหตุของการเป็นเบาหวานที่แตกต่างกัน รายหนึ่งคิดว่าสาเหตุที่ตนเองเป็นโรคเบาหวานนั้นเกิดจากการที่ตนเองรับประทานอาหารรสหวานมาก จึงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการค่อย ๆ ลดจำนวนของการรับประทานอาหารรสหวานลง ส่วนราย

ที่สองคิดว่าคนที่ตนเองเป็นโรคเบาหวานนั้นเกิดจากกรรมพันธุ์ทำให้ขาดอินซูลิน การฉีดอินซูลินเป็นตัวช่วยการแก้ปัญหา ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จึงเน้นการดูแลตนเองโดยที่การฉีดอินซูลินเป็นหลัก โดยที่ไม่ให้ความสำคัญในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเลย

3. ภาพของขอบเขตเวลาของการเจ็บป่วย (timeline) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับขอบเขตของเวลาที่บุคคลจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง การรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตของเวลาของการเจ็บป่วยอาจส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อโรคแตกต่างกัน เช่น การป่วยเป็นไข้หวัด บุคคลส่วนใหญ่รับรู้วาระเวลาของการเจ็บป่วยสั้น และสามารถหายจากการเจ็บป่วยได้ แต่ถ้าหากบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งการรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตของเวลาของการเจ็บป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไป บุคคลอาจมีการคาดการณ์จากประสบการณ์ของคนที่ยังมีชีวิตที่เป็นมะเร็งและเกิดภาพระยะเวลาของการเจ็บป่วยว่าต้องมีการเจ็บป่วยนานและมีความรุนแรงของโรคเป็นช่วง ๆ แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลที่รับรู้การเจ็บป่วยคงอยู่ในระยะเวลาสั้น ๆ และ บุคคลที่รับรู้การเจ็บป่วยคงอยู่ในระยะเวลายาวนาน ย่อมมีพฤติกรรมตอบสนองต่อโรคและการรักษาที่แตกต่างกัน

4. ภาพของการรับรู้ว่าโรคจะสามารถรักษาหรือควบคุมได้ (control/controllability) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลต่อการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นการเจ็บป่วยที่สามารถรักษาได้หรือควบคุมไม่ได้ให้มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงหรือรวดเร็วเกินไป การที่บุคคลเกิดความรู้สึกว่าโรคหรือการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ ย่อมส่งผลให้บุคคลพยายามเรียนรู้และปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างดีที่สุด สำหรับบุคคลที่คิดว่าโรคหรือการเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ยาก อาจมีวิธีการดูแลตนเองในรูปแบบที่แตกต่างออกไป เช่น การแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษา

5. ภาพของผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย (consequences) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเจ็บป่วยจะทำให้ชีวิตถูกกระทบอย่างไร เช่น การเจ็บป่วยอาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพมีความเสื่อม มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวลดลง ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ได้ดังเดิม เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจอาจคิดว่าเมื่อไรที่ตนเองไม่ควบคุมจำกัดน้ำและอาหารตามที่แพทย์แนะนำอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นภาพสะท้อนความคิดในส่วนนี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการควบคุมจำกัดน้ำ และอาหารตามที่แพทย์แนะนำ

แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยมีการนำมาศึกษาพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) พบว่าภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยมีอำนาจ

ในการทำนายนการปรับตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 30-38 โดยภาพของลักษณะเฉพาะหรือเอกลักษณ์ของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอำนาจสูงสุดในการทำนายน และยังพบว่าการที่บุคคลรับรู้ว่ามี ความสามารถควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับความเครียด ความวิตกกังวล และอาการอ่อนล้าทางร่างกาย (Jobson & Moss-Morris, 2003) และการศึกษาเกี่ยวกับภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยมีผลในการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าผู้ป่วยหอบหืดที่มีความคิดว่าโรคสามารถควบคุมได้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์แนะนำ ส่วนผู้ป่วยหอบหืดที่มีความเชื่อว่าปัจจัยภายนอกร่างกายเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Jessop & Rutter, 2003) สำหรับประเทศไทยนั้นนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ได้มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยมาเป็นกรอบการศึกษาวิจัยการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) การสนับสนุนทางสังคม (social support) โรคร่วม (comorbidity) และภาพของลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (identity) ร่วมกันทำนายนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ถึงร้อยละ 56 โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนภาพของลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยมากจะมีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองได้ดี จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาพสะท้อนกลับทางความคิดต่อการเจ็บป่วยมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีผลการศึกษารองรับว่ามีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วย

การประเมินภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย

ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนั้น ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นักวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามในโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดของ ลีเวนทาล และ ดีเฟินบาช (Leventhal & Diefenbach, 1991) เช่นแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Law et al., 2002) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน (Barnes et al., 2004) และแบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของ สิวิลักษณ์ สุพธรัตนกุล (2549) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือแบบสอบถามภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านการตรงของเนื้อหาแล้ว

การศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) โดยปรับภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของข้อคำถาม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) เป็นมโนทัศน์สำคัญของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นความเชื่อมั่น การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็นในระยะแรกเชื่อว่า ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน (efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรม ต่อมา แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) เป็นแรงเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามต้องการ

แบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าการที่พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเดียว แต่ต้องมีปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ (effection) ความนึกคิดทางปัญญา (cognitive) และปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล (biography) มาเกี่ยวข้องด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลโดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self efficacy or efficacy beliefs) หมายถึงความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลลัพธ์เนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอและขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงเกิดความเชื่อมั่น และความพยายามที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่ตนเองมีความสามารถต่ำ บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและจากความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ (dimension) 3 มิติดังนี้ (Bandura, 1997)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำถ้ารับรู้ว่าจะทำนั้นง่าย และตนเองมีความสามารถเพียงพอจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้างานที่กระทำนั้นยากหรือบุคคลมีขีดความสามารถจำกัดจะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำ ขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยาก

2. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีตและสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้นมาเชื่อมโยงในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้

3. มิติความแกร่ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีกำลังความสามารถของตนที่จะกระทำได้จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะประกอบกันขึ้นในรูปของหลักการรู้ตนเอง (self knowledge) และสามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่งดังนี้

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลายๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าตนจะทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าในบางครั้งสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าตนเองยังมีความสามารถอยู่แต่ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ ใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลจะรับรู้ว่าจะตนเองไม่มีความสามารถ และบุคคลจะพยายามใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้นๆ แต่หากบุคคลประสบความล้มเหลวอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำลง ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะต่างๆ ให้เพียงพอเพื่อที่จะทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบผลสำเร็จส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การประเมินค่าในสมรรถนะแห่งตน โดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ หากบุคคลนั้นประเมินว่าตนเองมีความสามารถพอบุคคลนั้นก็จะต้องสนใจลงมือทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะทำกิจกรรมได้ทุกอย่าง บุคคลนั้นก็ประเมินค่าความสามารถของตนเองจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายตนสามารถทำกิจกรรมนั้นแล้วประสบผลสำเร็จก็จะเป็แรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนเองก็มีความสามารถพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้นแล้วประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกันถ้ามีความพยายาม ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1997)

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (live modeling) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งมีลักษณะดังนี้

2.1.1 ควรจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่เป็นตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.1.2 ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกตแต่ถ้าหากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

2.1.3 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4 มีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อมีปัญหา

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ วิดีทัศน์ เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลดีคือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมสามารถเตรียมเรื่องราวตัวแบบไว้ล่วงหน้าและยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ นอกจากนี้นำไปใช้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

2.2.1 กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) กระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจได้แก่ทักษะด้านการคิด แนวความคิดเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2.2.2 กระบวนการเก็บจำ (retention processes) กระบวนการเก็บจำจะเป็น การที่บุคคลจะต้องแปรข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ใน รูปแบบความจำถาวร ในรูปแบบของหลักการ และแนวคิดโดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำเพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

2.2.3 กระบวนการทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกต แปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปแบบของความทรงจำออกมาเป็นการกระทำ

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการที่เสริมแรง ที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

3. การใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) เป็นการสนับสนุนโดยการพูดให้บุคคลมี ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้โดยเฉพาะใน พฤติกรรมที่ยากถ้ามีบุคคลที่ตนเชื่อถือคอยให้คำแนะนำให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยจะทำให้บุคคล เกิดความพยายาม และมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม การชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีการที่ทำได้ ง่ายแต่การใช้คำพูดเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้มากนัก ถ้าจะให้ดีควรใช้ร่วมกับแหล่งข้อมูลสนับสนุนแหล่งอื่นด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลจะ ตัดสินใจถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้าน ร่างกายหมายถึงการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อถูกคุกคามและการเผชิญความเครียด ใน สภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าใน สภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ภาวะที่ ไม่สบายจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง สภาวะด้านอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์การแสดงออกทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมี คุณค่าก็จะมีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามีอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวและความทุกข์ทรมานเป็นต้น ก็จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนจะสูงขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีภาวะที่ปกติและมีการลดหรือควบคุมถึงกระตุ้นทางอารมณ์

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถประเมินได้หลายวิธีเช่น การใช้แบบสอบถาม การใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีทั้งโรคเรื้อรังทั่วไป และโรคใดเรื้อรัง โดยยึด แนวความคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) โดยทั่วไปแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะเป็น

แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ เช่น แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของ เคอทิน และคณะ (Curtin et al., 2008)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับภาษาในข้อคำถามของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของข้อคำถาม เนื่องจากข้อคำถามบางข้อไม่สอดคล้องกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ลักษณะของข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะกระทำการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยที่ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้อธิบายถึง แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับ ยกย่อง การได้รับความรัก ความมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น การได้รับการสนับสนุนจากคนในสังคมให้ดำรงอยู่อย่างเหมาะสม เชฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซาตัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือเกิดจากความช่วยเหลือด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ เฮาส์ (House, 1981) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความรักความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ การบริการ และการประเมินตนเอง และ คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลติดต่อสื่อสาร และได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีผู้ให้ความรักดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า ส่งผลให้รู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จากคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลจนทำให้เกิดความรักความผูกพัน ความไว้วางใจ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับ จากการที่เกิดความเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีข้อจำกัดทางร่างกาย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ เพื่อมาสนับสนุนช่วยเหลือในส่วนที่มีความบกพร่องของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต้องการการสนับสนุนทาง

สังคมที่แตกต่างกันไปซึ่งแต่ละแนวความคิดได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายด้านตามแนวคิดของผู้ศึกษา

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมโดยมีการปฏิสัมพันธ์และมีการช่วยเหลือกัน มีผู้จำแนกโดยใช้เกณฑ์การแบ่งแตกต่างกันดังนี้

เฮาส์ (House, 1981) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลได้จาก

1. แหล่งที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงานหรือบทบาทในวิชาชีพ เช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน

2. แหล่งที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทในการทำงานหรือบทบาทในวิชาชีพซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ลินชี (Lindsey, 1997) กล่าวถึงแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วยเครือข่ายดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส และญาติพี่น้อง
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องกันทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน
3. บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์
4. เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปวัด กลุ่มผู้สูงอายุ

เพนเดอร์, เมอร์ดอฟ, และ พาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มรการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพยอมรับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (peer support system) บุคคลกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับสิ่งที่เกิดขึ้นจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองได้

3. กลุ่มองค์กรศาสนา (organized religious support system) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันที่วัด โบสถ์ มัสยิดหรือสถานที่ที่ทางกลุ่มจัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลใน

ศาสนานั้นๆ เพราะเป็นการแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อในอุดมการณ์ของชีวิต การปฏิบัติตามศาสนาและแนวทางการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพมากขึ้น

4. กลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (organized professional support system) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และบริการเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนกลุ่มนี้เมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ ไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized self-help support groups not directed by health professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผลบางอย่างที่ไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มที่บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือกลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวมีความพิการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ไว้ 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อถือและความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และความห่วงใยซึ่งกันและกัน

2. ด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับผู้อื่น เช่น การยอมรับ ย่องยกชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการอยู่ในสังคม เป็นต้น

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เนื่องจากโรคใดเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองไปตลอดเพื่อชะลอการดำเนินของโรคและมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด

4. ด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือบริการต่างๆ

แนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนนั้นได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่จนทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งการที่บุคคลนั้นยอมรับและเห็นคุณค่าในตัวเอง
3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นการที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนนั้นรับรู้ว่าเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อใจ และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่
2. ด้านวัตถุสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง แรงงานหรือการบริการต่างๆ
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินการกระทำของบุคคล

ทอยส์ (Thoits, 1982) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมอารมณ์ (socioemotional aid) คือการให้ความรัก ความห่วงใย ความเข้าใจ การยอมรับและการได้รับการยกย่องว่ามีคุณค่าจากบุคคลที่สำคัญต่อตนเอง
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของและแรงงาน (instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น แบบสอบถาม การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยมีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายคน เช่น แบบการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (Houes, 1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทาง

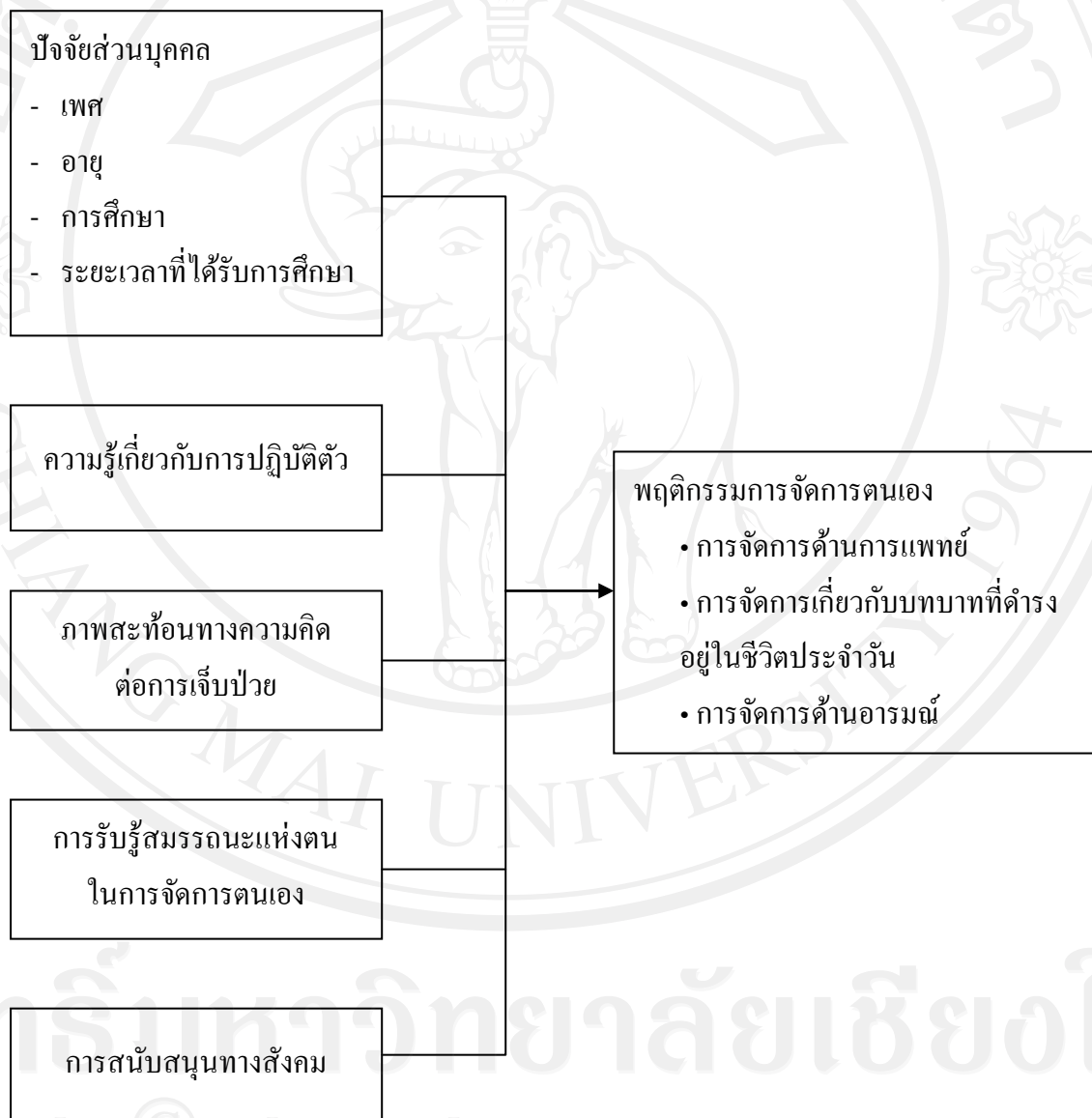
สังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งนักทาคำแก้ว ได้นำมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง คำตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (Houes, 1981) เนื่องจากผู้วิจัยสามารถนำแนวคิดมาใช้เป็นกรอบในการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งทำให้ผู้รับสามารถประเมินตนเองทำให้ภูมิใจในความสามารถ เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับในสังคม ส่งผลให้มั่นใจในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น โดยประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภรา โกตันคำ (2551) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านการตรงของเนื้อหาแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยที่พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำของบุคคลที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการทางการแพทย์ รวมถึงวิธีการรักษา และการปฏิบัติตามวิถีชีวิต การจัดการบทบาทที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไป และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการเป็นโรคเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) การจัดการตนเองขึ้นอยู่กับลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และลักษณะของโรค ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค และการรักษา ได้แก่ วิธีการควบคุมโรคและความไม่แน่นอนของโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จะรวมอยู่ในปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษาซึ่งผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน ส่วนภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง เป็นความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค สำหรับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางสังคมนั้นได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง

ปัจจัยเหล่านี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้และเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้สามารถดำรงชีวิตโดยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและพฤติกรรมจัดการตนเอง