



แนว เหตุผลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความเข้มเศร้าและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมนี้ เนื่องจากไม่มีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้โดยตรง ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมวรรณคดีและงานวิจัยเกี่ยวกับมโนทัศน์ของความหวัง ความเข้มเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง และมโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอ เรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับความหวัง

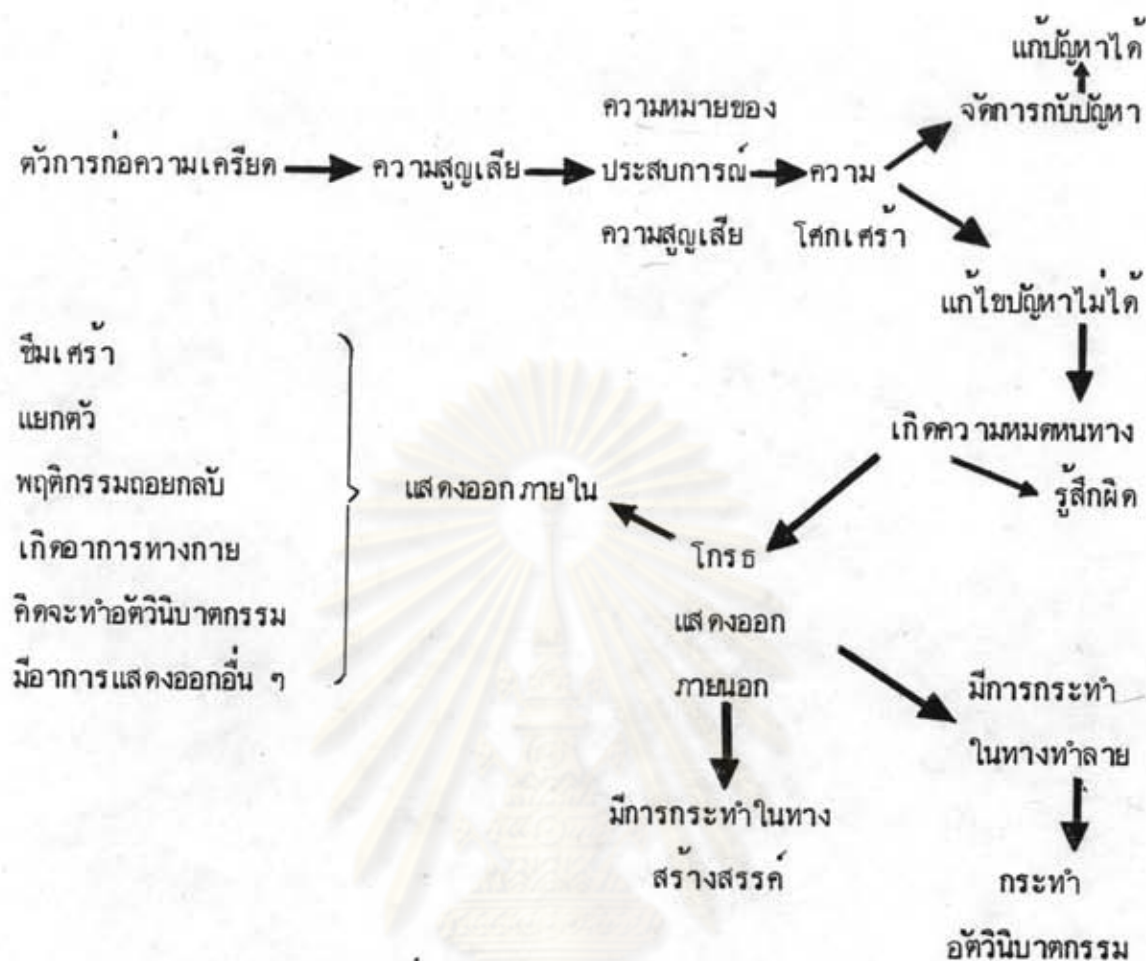
วรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลไตมีการกล่าวอ้างถึงความหวัง และขบวนการเกิดความหวัง โดยเน้นที่ความสำคัญของการมีความหวังและการรักษาความหวังให้คงอยู่ เป็นการช่วยเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย (Dufault and Martocchio 1985: 381) ความหวังสูงสุดของผู้ป่วยก็คือ การไม่มีสิ่งผิดปกติซึ่งไม่ควรจะเกิดขึ้นกับมนุษย์เกิดขึ้นกับตนเอง ความหวังจึงเป็นสิ่งผูกมัดที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อเป็นเสมือนกำแพงป้องกันทางด้านจิตใจ ซึ่งกำแพงนี้จะกั้นอยู่ระหว่างการมีสุขภาพดี และความเจ็บป่วย ยิ่งบุคคลผลัดกันความเจ็บป่วยทั้งหมดออกจากความนึกคิดของตนเองมากเพียงใด ก็ยิ่งเกิดความหวังมากขึ้นเท่านั้น บุคคลใดที่จมอยู่กับความสิ้นหวังจะถูกครอบงำด้วยสำนักแห่งความเป็นไปไม่ได้โดยตลอดเวลา (Roberts 1976: 158)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าบุคคลที่มีความหวัง ย่อมจะกระทำในสิ่งที่ตนเองมุ่งหวัง และมีความพยายามในการกระทำในสิ่งนั้นๆ จนประสบความสำเร็จได้ในที่สุด บุคคลใดที่ปราศจากความหวัง ย่อมมีแต่ความซึมเศร้าและความสิ้นหวัง และขาดความกระตือรือร้น เมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อการสูญเสียความหวัง บุคคลนั้นอาจจะยึดความหวังเอาไว้อย่างจนตรอก เพื่อที่จะปกป้องรักษาความหวังเอาไว้ให้ได้ ความหวังจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยต่อต้านความสิ้นหวัง ความหวังทำให้บุคคลมีความทนต่อสถานการณ์ที่ยังยากลำบากและยังคงมีแรงจูงใจต่อไป แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ความหวังก็มีศักยภาพที่จะทำให้การสัมผัสกับความเป็นจริงลดลง จนบุคคลไม่สามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบันได้ ส่วนบุคคลที่หมดหวังจะสูญเสียความหวังและความเชื่อมั่น มี

ความรู้สึกเหมือนกับไม่มีทางออก ซากเหตุผล ทำให้เรามีความรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองต้องการนั้น อยู่ไกลเกินเอื้อมและเป็นไปไม่ได้ จึงซัดค้ำลังใจที่จะคิดและทำสิ่งใด มีความรู้สึกที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา บางครั้งคิดที่จะทำบางสิ่งบางอย่างต่อไป แต่บางครั้งก็อยากจะ ล้มเลิกการกระทำนั้น ๆ เพราะคิดว่าคงจะไม่ทำอะไรดีขึ้น ไม่มีประโยชน์แต่ประการใดและ คิดว่าเป็นเรื่องที่ไร้สาระ ชีวิตนี้ไม่มีความหมาย (Beck and others 1984: 499)

มโนทัศน์เกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวัง มีลักษณะ เป็นแกนของความต่อเนื่อง ปลายด้านหนึ่งของความต่อเนื่องนี้จะเป็น "ความหวัง" (Hope) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความมีแรงคลใจ และความตั้งใจ ส่วนอีกปลายหนึ่งของแกนความต่อเนื่องเป็น "ความสิ้นหวัง" (Hopelessness) ประกอบด้วย ความหมดหนทาง ความแคลงใจ ความทุกข์ใจ ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) ความโศกเศร้า ความซึมเซา อายากฆ่าตัวตาย ในบางครั้ง บุคคลที่สิ้นหวังอาจจะเกิดความหวังขึ้นมาใหม่อีกได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยในตัวบุคคล (เช่น ใน สภาวะที่มีความเครียดและอิทธิพลจากบุคคลอื่น ๆ) ความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีความหวังจะ สามารถประเมินได้ 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ความฉลาด ด้านสังคมและความมี แรงคลใจ (Beck and others 1984: 500)

แกนความต่อเนื่องของความหวังและความสิ้นหวังที่ไต่กล่าวถึงในที่นี้ อธิบายได้โดยใช้ มโนทัศน์ของความสูญเสีย มโนทัศน์ของความสูญเสียนี้ ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ต้องพบกับ ความสูญเสียจากสาเหตุใดก็ตาม หรือความไม่สมหวัง ซึ่งจะนำความเศร้าโศกมาสู่บุคคลนั้น เช่น การตายของบุคคลอื่นเป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น แขน ขา หรือมดลูก การสูญเสียสิ่งของที่มีค่า การสูญเสียหน้าที่การงาน เป็นต้น การสูญเสียนี้อาจเป็นการ สูญเสียจริง ๆ หรือเป็นเพียงทางจินตนาการเท่านั้น ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสุขภาพจิตของบุคคลนั้น ยกตัวอย่างเช่น บุคคลบางคนเกิดความซึมเศร้าเพราะรับรู้ว่าการสูญเสียหน้าที่การงาน เป็นข้อ พิสูจน์ว่าตนเองไม่มีคุณค่าต่อครอบครัว ต่อชุมชน หรือไม่มีความเป็นบุคคลเหลืออยู่เลย สำหรับ ความโศกเศร้า นั้นเป็นการตอบสนองตามปกติต่อความสูญเสีย แต่ความซึมเศร้าเป็นการปรับตัวที่ ไม่เหมาะสมต่อการสูญเสีย และการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำสุดท้ายของความเกลียดตัวเอง



แผนภูมิที่ 2 แสดงมโนทัศน์เกี่ยวกับความสูญเสีย

นิยาม

ลินช์ (Lynch quoted in Roberts 1976: 159) ได้ให้ความหมายของคำว่า "ความหวัง" ว่าเป็นความรู้และเป็นพื้นฐานของความรู้สึกที่ว่าตนเองจะมีหนทางหลุดพ้นจากความลำบากได้ สามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างได้ บุคคลจะสามารถเผชิญกับความ เป็นจริงได้ทั้งทาง คำนชีวภาพและทางค่านจิตใจซึ่งจะเป็นหนทางที่จะทำให้หลุดพ้นจากความเจ็บป่วย ความหวังจึง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย เพราะคิดว่ามีทางออกในการแก้ไขปัญหา สำหรับผู้ป่วยนั้นบางครั้งก็ดูราวกับว่าจะต้องใช้เวลามากกว่าจะมีวิธีแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยได้ แต่บุคคลนั้นก็มีความหวังอยู่เต็มเปี่ยมและมีความรู้สึกว่าเป็นไปได้อยู่เสมอ เช่นเชื่อว่าแพทย์อาจตัดสินใจให้ยา ที่มีประสิทธิภาพที่สุด และผู้ป่วยส่วนมากก็มีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ผู้รักษาว่าแพทย์

จะต้องทำในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ถ้าบุคคลใดไม่มีความรู้สึก เช่นนี้ต่อตนเองและผู้อื่น บุคคลนั้นจะรู้สึกราวกับว่าตนเองปราศจากทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่มีกำลังใจ ความต้องการและความหวังย่อมก่อให้เกิดกำลังใจ กำลังใจที่เกิดขึ้นในบุคคลจะเป็นความหวังอันเป็นแรงจูงใจนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนได้

เบค และคณะ (Beck and others 1984: 501) ให้ความหมายของคำ "ความหวัง" ว่าเป็นสภาวะทางใจ (Mental status) ซึ่งมีลักษณะที่มีความปรารถนาและสามารถบรรลุความปรารถนานั้นได้ ความหวังจึงเป็นความรู้สึกว่าเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจึงเชื่อว่าสิ่งที่ตนปรารถนานั้นจะต้องได้มา และชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น จะสุขสบายขึ้น มีความหมายมากขึ้น บุคคลที่ขาดความหวังจะมองไม่เห็นหนทางว่าชีวิตข้างหน้าจะเปลี่ยนแปลงไปได้หรือดีขึ้นได้อย่างไร ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา หรือแม้แต่จะหาหนทางออกจากความลำบากที่กำลังเผชิญอยู่ทั้งสิ้น ความหวังตามแนวความคิดของเบค และคณะ จึงมีลักษณะดังนี้คือ

1. ความหวังเป็นการมุ่งอนาคต บุคคลที่มีความหวังจะมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตของตนเอง และอาจจะพอใจหรือค้นหาความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือความรื่นรมย์ในชีวิตปัจจุบัน การกระทำของบุคคลนั้นจึงเป็นการใช้ปัจจุบันนี้ เป็นวิถีทางที่จะสร้างอนาคต เขาจึงพยายามทำดีที่สุดในปัจจุบันโดยไม่ทอดทิ้งความเป็นไปไม่ได้ ดังเช่นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งหันมาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น แทนการที่จะหมกมุ่นวิตกกังวลอยู่กับความจริงที่ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าผู้ป่วยมีความหวังและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ดังเช่นคนเราทั่วไปต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อความอยู่รอด เช่น การพึ่งพาชาวนาที่ปลูกข้าวให้เรากิน พึ่งพาคนขับรถทำให้เราสามารถเดินทางได้ บุคคลที่เจ็บป่วยพึ่งพาคนอื่น ๆ และหวังในความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระยะที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีไม่เพียงพอหรือลดลงไป

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนเองยังมีทางเลือก การที่คนเรายังมีทางเลือกอยู่บ้างในสถานการณ์ที่ลำบาก เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เป็นอิสระในตนเอง ถึงแม้ว่าทางเลือกนั้นจะไม่ใช่อนทางเลือกที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้โดยตรงก็ตาม แต่บุคคลนั้นก็ยังใช้ความเป็นอิสระในการเลือกและตัดสินใจเพื่อตนเอง ด้วยความ

เป็นจริงดังกล่าวนี้อาจทำให้บุคคลมีความรู้สึกในความเป็นตัวตน (being) ในการควบคุมชีวิตของตนเอง

4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังและความปรารถนามีความคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันบ้างในเรื่องของพื้นฐานโอกาสที่จะบรรลุในสิ่งที่ตนมุ่งหวัง ความหวังทำให้บุคคลคนนั้นมีการวางแผนการที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม โดยศึกษาทบทวนทางหรือวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น แต่บุคคลที่มีความปรารถนาจะไม่มีแผนการวางแผนการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สิ่งที่หวังนั้นสำเร็จดังเป้าหมายที่ตนต้องการ

5. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอดุสตะ มีความเชื่อว่าบุคคลอื่น ๆ จะมีความสามารถและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ ส่วนความอดุสตะเป็นความสามารถในการกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาที่จะช่วยหยุดยั้งความหุนหุนหรือเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ความอดุสตะจึงทำให้คนเราสามารถเผชิญกับปัญหาที่ยุ้งยากโดยไม่สูญเสียกำลังใจ ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลานานเพียงใดและจะไม่ยอมละทิ้งไปง่าย ๆ ดังนั้นบุคคลที่มีความอดุสตะจึงต้องการการกระทำที่มีความตั้งใจจริง

6. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า ความหวังทำให้บุคคลนั้นยังคงยืนกรานต่อเป้าหมายของตนเอง ถึงแม้ว่าการที่จะไปถึงเป้าหมายนั้นมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่ บุคคลที่มีความกล้าก็อาจจะมีความกลัวอยู่บ้าง แต่ก็สามารถมองข้ามความกลัวนั้นไปได้เพื่อแสวงหาความสำเร็จตามเป้าหมาย เขาจะแสดงความสามารถในการยืนหยัดมั่นคงในบางโอกาสและพยายามควบคุมความกลัวให้ได้ ถึงแม้จะไม่ประสบความสำเร็จ แต่ตนเองจะรู้สึกพอใจที่ตนไม่ได้ปฏิเสธหรือวิ่งหนีปัญหา ในที่สุดบุคคลนั้นก็จะสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ถ้าคนเราปราศจากความกล้าและความอดุสตะแล้ว ความหวังก็จะ เป็นเพียงความปรารถนาเท่านั้น

### กลไกของความหวัง

กลไกของความหวัง ประกอบด้วย กลไกในด้านที่เกี่ยวกับสรีรวิทยาและกายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาท และกลไกด้านพัฒนาการของความหวัง ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

กลไกด้านที่เกี่ยวกับสรีรวิทยาและกายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาท ที่เกี่ยวกับความหวังได้มีการพัฒนามาตามลำดับ งานวิจัยบางชิ้นแสดงให้เห็นถึงบริเวณหนึ่งในสมองที่ทำให้มนุษย์

เรามีความรู้สึกที่ดีต่อปัจจุบันและอนาคต ในเบื้องต้นการศึกษามุ่งที่จะทำความเข้าใจและค้นหาบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ดีมีสุขและการมีความหวัง จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการวิวัฒนาการของสมองจะสร้างความสามารถในการให้เหตุผลความสามารถในทางเทคนิค และการสร้างความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ในขณะที่สมองมีขนาดเพิ่มขึ้น สมองก็จะสร้างความซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ และยังสร้างจินตนาการของความเบิกบานใจ รวมทั้งเรื่องราวแปลกประหลาดที่ตนเองชื่นชอบ ในปัจจุบันนี้มักวิจัยกำลังศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลของศูนย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ให้มากที่สุดต่อไป (Beck and others 1984: 502)

กลไกตามพัฒนาการ ความรู้สึกของการมีความหวังจะมีการพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็กตอนต้น โดยเฉพาะประสบการณ์ของเด็กที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจ ตามที่อริคสัน ได้กล่าวเอาไว้ว่าความหวังเกิดจากการประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจ เด็กจะเกิดการเรียนรู้ที่จะมีความหวัง ถ้าสิ่งแวดล้อมเหมาะสมต่อการพัฒนาความไว้วางใจ เด็กจะเรียนรู้ความไว้วางใจจากมารดา พื้นฐานที่เป็นไปได้ของความไว้วางใจ คือการเรียนรู้ว่าความช่วยเหลือกำลังจะมาถึงในเวลาที่ต้องการ ความหวังในขอบข่ายนี้จึงไม่ใช่สิ่งที่อยู่โดดเดี่ยว แต่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ อีกด้วย (Erikson quoted in Beck and others 1984: 502)

## 2. ความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาละตินคือ คำว่า "Deprive" มีความหมายว่า ถอดค่าลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศรี เชื้อศิริ 2526: 101) ความซึมเศร้า จึงหมายถึงภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความซึมเศร้านี้มีหลายระดับ เริ่มแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมกมุ่นตายอยาก ต้องการจะหนีจากควมลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2527: 151)

ความซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกวัย ทุกโอกาส พบได้ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช ความซึมเศร้าอาจจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เศร้าธรรมดา (Normal depression)

จนถึงภาวะเศร้าที่ผิดปกติ (Abnormal depression) ความเลวร้ายของความซึมเศร้าเรวักไม่ได้ แต่ผลของมันไม่ได้ตกอยู่ที่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะมีผลอย่างมากต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (นงคราญ ผาสุก 2528: 107)

โดยทั่วไปแล้วเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับประชากรในสหรัฐอเมริกา ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงประมาณร้อยละ 2-15 โดยในแต่ละปีจะมีผู้เข้ามารับการรักษาถึง 400,000 คน ซึ่งต่างคนก็เคยมีประสบการณ์ความสูญเสียมาแล้วทั้งสิ้นไม่มากก็น้อย เด็กทารกที่ถูกทอดทิ้งจะเกิดอาการซึมเศร้าและไม่ยอมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สำหรับเด็กวัยรุ่นนั้นเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่ามักจะมีอาการซึมเศร้าขึ้นได้บ่อย ๆ ไม่รู้จักหาย และเกิดความเกลียดชังตัวเอง หึงหลังคลอก และหญิงวัยหมดประจำเดือนจะเป็นกลุ่มที่เกิดความซึมเศร้าได้บ่อยที่สุด เพราะความเจ็บป่วยและการสูญเสียมักจะเกิดขึ้นบ่อยในกลุ่มนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ก่อตัววินาศกรรมสำเร็จประมาณปีละ 26,000-75,000 คน และที่พยายามจะก่อตัววินาศกรรมอีกจำนวนไม่น้อย การก่อตัววินาศกรรมมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่เกิดความซึมเศร้าทั้งสิ้น (Beck and others 1984: 503-504)

ความซึมเศร้า เป็นภาวะที่เป็นพยาธิสภาพ ซึ่งมีสาเหตุส่งเสริมจากความสูญเสียหรือความรู้สึกผิดบาป ลักษณะคือ มีอาการเสียใจ และมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ลดลง

ความซึมเศร้า (Depression) มีความคล้ายคลึงกันกับความเศร้าเสียใจธรรมดา (Sadness) และจำเป็นต้องแยกให้ออก เพราะเงื่อนไขทั้งสองประการนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน ความเศร้าเสียใจจะเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุตรหลานหรือต้องจากกันไปไกล หรือการสูญเสียความคุ้นเคยเมื่อต้องโยกย้ายถิ่นฐาน ในสถานการณ์เช่นนี้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงมารวมกันให้การสนับสนุนก็จะผ่านสภาวะนั้นไปได้ สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถผ่านพ้นความเศร้าเสียใจไปได้ อาจเกิดความซึมเศร้าขึ้น มีอาการเศร้าโศกลึกลับ มีความรู้สึกว่างเปล่า แทนที่จะยอมรับและเผชิญหน้ากับความสูญเสีย แต่จะกลบเกลื่อนความสูญเสียนั้น และหลีกเลี่ยงความเศร้าโศกเสียใจ โดยแสดงอาการของภาวะซึมเศร้า ความซึมเศร้าจึงอาจจะถูกมองว่าเป็นอาการต่อต้านความเศร้าเสียใจ (Beck and others 1984: 504)

## กลไกของความซึมเศร้า

มีนักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายกลไกการเกิดภาวะความซึมเศร้าไว้หลายทฤษฎี แต่มีทฤษฎีที่น่าสนใจพอสรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่าการสูญเสียเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า และการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นการสูญเสียเพียงในจินตนาการก็ได้ ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและที่พึ่ง โดยการพลัดพรากจากกัน ตายจากกันหรือทอดทิ้งกันไป การสูญเสียหน้าที่การงานเมื่อเกษียณอายุราชการ การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (Self image) เช่นการเสียแขน ขา และอวัยวะที่สูญเสียความบั่นทอน เป็นต้นว่า การผ่าตัดมดลูก การตัดอวัยวะเพศของชาย นอกจากนี้ความซึมเศร่ายังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที การหย่าร้าง การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยใหม่ การเปลี่ยนวัยหนุ่มสาว เข้าสู่วัยชรา จึงเห็นได้ว่าคนสูงอายุขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางใจก็เกิดความซึมเศร้าได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2527: 152)

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะความซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้ถึงการหมดหนทางและการขาดแรงเสริม คือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่างไม่ตกช่วยตัวเองไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยให้อสถานการณ์เกิดแบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับการขาดแรงเสริม ผลคือเกิดความซึมเศร้า ทฤษฎีนี้อธิบายแต่ความความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์แวดล้อมเท่านั้น แต่ไม่ได้อธิบายความซึมเศร้าที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ

3. ทฤษฎีชีวเคมี ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าเกิดจากการที่เอมีนส์ชนิดหนึ่งที่เรียก ไบโอเจนิคเอมีนส์ (Biogenic amines) ในระบบประสาทส่วนกลางลดน้อยลง โดยมีผู้ทำการศึกษาเอมีนส์ 2 กลุ่มใหญ่ คือ



3.1 กลุ่มเคเทโคลามีนส์ (Catecholamines) ได้แก่ อิพิเนเฟริน นอร์อิพิเนเฟริน และโดปามีน

3.2 กลุ่มอินโดล เอมีนส์ (Indole amines) ได้แก่ ซีโรโทนิน และ ฮีสตามีน

ในจำนวนสารพวกไบโอเจนิคเอมีนส์ที่ศึกษา นอร์อิพิเนเฟรินได้รับความสนใจมากที่สุด และนักชีวเคมีเชื่อว่าสารนี้มีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

นอร์เอพิเนเฟริน เป็นนิวโรทรานส์มิทเทอร์ (Neurotransmitter) ซึ่งมีคุณสมบัติในการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองส่วนมีเดียน พอร์เบรน (Median forebrain) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำให้คนตื่นตัว การขาดสารอิพิเนเฟริน ทำให้สมองส่วนนี้ไม่ได้รับการกระตุ้นจึงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการขาดนอร์อิพิเนเฟรินนั้น อาจจะเป็นเนื่องจากพันธุกรรม หรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือนอร์อิพิเนเฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับ หรือถูกเผาผลาญเสียก่อน

นอกจากเรื่องของเมตาบอลิซึมของสารเอมีนส์แล้ว นักวิจัยยังสนใจเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของสเตียรอยด์ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีการหลั่งสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จากการศึกษาขบวนการเมตาบอลิซึมของอิเลคโตรไลต์ พบว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีระดับโซเดียมสูงขึ้น และจะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อิเลคโตรไลต์ตัวอื่น ๆ เช่น โพแทสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม ก็อยู่ในความสนใจของนักวิจัยเช่นกัน แต่ปัจจุบันนี้ยังไม่มีรายงานผล (Beck and others 1984: 507)

4. ทฤษฎีที่กล่าวถึงเรื่องของกรรมพันธุ์ มีรูปแบบทฤษฎีหนึ่งที่กล่าวถึงยีนส์ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่าทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาหลายครั้งแสดงให้เห็นว่าความซึมเศร้ามักจะเกิดกับบุคคลที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวอยู่แล้ว และจากผลการวิจัยเมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ ๆ กลุ่มของยีนส์ที่มีหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนภายในร่างกาย และจะ

สนับสนุนให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย การค้นพบดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นว่าความซึมเศร้าอาจจะเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Beck and others 1984: 506)

## 5. ทฤษฎีอื่น ๆ

รูปแบบทฤษฎีซึ่งอธิบายถึงความโกรธที่พุ่งกลับเข้าหาตนเองตามทฤษฎีของพรอยด์ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความซึมเศร้าเป็นการพุ่งกลับของสัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว เพราะความโกรธไม่ได้พุ่งไปยังสิ่งที่เป็นสาเหตุแห่งความโกรธ แต่กลับพุ่งเข้าหาตนเองและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยความรู้สึกผิดบาป สาเหตุเริ่มต้นเกิดจากการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้มีความรู้สึกที่หึงรักหึงโกรธต่อสิ่งที่สูญเสีย แต่ไม่สามารถจะแสดงความโกรธออกมาได้ จึงเก็บกดความรู้สึกเหล่านั้นไว้ และคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมที่จะแสดงออก หรือมีการพัฒนารูปแบบการยับยั้งความรู้สึกแบบนี้มาโดยตลอดชีวิต พรอยด์อธิบายว่า การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อประชดสิ่งที่หึงรักหึงเกลียด ในขณะที่เดียวกันก็เพื่อเป็นการประชดตัวเอง พัฒนาการของความซึมเศร้าจึงได้รับการอธิบายว่า เกิดจากพัฒนาการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำในวัยเด็กจากการสูญเสียสิ่งรัก ความรู้สึกหึงรักหึงชังในสิ่งเดียวกัน ความรู้สึกผิดบาปต่อสิ่งที่หึงรักหึงชังนั้น การเก็บกดความรู้สึกผิดบาป การพุ่งความโกรธเข้าหาตนเองเนื่องจากเขาไม่สามารถจะทนความรู้สึกในทางลบต่อสิ่งรักได้

### การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความซึมเศร้า

ภาวะความซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ดังนี้ (สุนีย์ ศันติพัฒนานันท์ 2522: 154-156)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) จะมีอาการเห็นเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ ทำให้มีความรู้สึกวังเวงทาวนอน จึงทำให้นอนมากกว่าปกติ ถึงแม้จะนอนได้มาก แต่เมื่อดันนอนก็จะดูไม่สดชื่นไม่แจ่มใส บางคนจะมีนิสัยการนอนเปลี่ยนไป คือเมื่อเข้านอนจะไม่มีควมลำบากในเรื่องการนอน แต่จะมีอาการตื่นนอนแต่เช้าตรู่ เมื่อตื่นแล้วจะนอนไม่หลับอีก

(2) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบขับถ่าย ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการท้องผูก ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อย และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยกว่าปกติ

(3) มีอาการเบื่ออาหาร ไม่มีความอยากแม้ว่าจะ เป็นอาหารที่เคยชอบมาก่อนก็ตาม ผลที่ติดตามมาก็คือ น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ผอมซบลง

(4) มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบประจำเดือน ประจำเดือนจะมาน้อยกว่าปกติ หรือหยุดไปเลย หรือมาไม่สม่ำเสมอเช่นที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลเพิ่มขึ้นได้อีก

(5) กล้ามเนื้อของร่างกายจะอ่อนเปลี้ย ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดน้อยลง เชื่องช้าลง ผู้ที่มีความซึมเศร้าจึงดูหุบคาง เชื่องช้า เดินเหินช้า คิดช้า

(6) ความต้องการทางเพศจะลดลง เพราะจิตใจเขาจะหมกมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเศร้า

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าสมาธิไม่ดี ไม่สามารถที่จะสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน ๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลก ๆ ใต้ง่าย ความจำจะเสื่อมลง จำอะไรไม่ค่อยจะได้

ผู้ป่วยซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะบอกว่าจิตใจเขาหงอยเหงา หม่นหมอง เศร้าสร้อย ไม่สดชื่น โดยเฉพาะในเวลาเช้า ๆ หลังการพักผ่อนหลับนอนแล้วก็ตาม เขาจะรู้สึกเบื่อหน่ายไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวัน หรือการงานที่เขาเคยชอบ จึงพบได้ว่าบุคคลเหล่านี้มักจะริเริ่มกิจการ ใฝ่กิจการหนึ่งขึ้นมา แต่ก็ไม่ได้กระทำให้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากว่าเขาขาดความสนใจ และพลังใจในด้านความคิด บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะคิดช้า หรือมีอาการความคิดถูกยั้งอย่างฉับพลัน (Blocking) จะพบว่าผู้ป่วยหยุดพูดอย่างฉับพลัน เมื่อถามถึงสาเหตุการหยุดพูด เขาจะบอกว่าเขาลืมเป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การให้ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า พรรณนาถึงอารมณ์ของเขาขณะนั้น เขาจะบอกว่าเขารู้สึกว่าจิตใจห่อเหี่ยว หม่นหมอง แหงแล้ง ไม่สดชื่น หมด อาลัยตายอยาก หมดหวัง แสดงให้เห็นว่าเขาตกอยู่ในอารมณ์เศร้าจัด อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยแตกต่างกัน บางคนก็เบื่อหน่ายมาก มองโลกอย่างไม่สดชื่นและอยากหนีไปไหนจากโลกนี้ ทั้งนี้

ขึ้นอยู่กับบุคคล ระดับความเศร้าสร้อย และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเศร้า ๆ ลักษณะการ  
แสดงออกของผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้า จะมีความรุนแรงเฉยเมย ไม่ยี่ติ ไม่ร่าเริง

### ระดับความซึมเศร้า

1. ความซึมเศร้าระดับอ่อน (Mild Depression) คือ ภาวะความรู้สึกอารมณ์ไม่  
สดชื่น ไม่แจ่มใส (Blue mood) เราทุกคนรู้สึกเศร้าในบางครั้ง ซึ่งบางทีก็มีสาเหตุและเหตุผล  
เพียงพอ ในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย

บุคคลทั่วไปมีอาการเศร้าได้ ถ้าหากรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมาก ๆ และขาดคน  
เห็นอกเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนเหลียวแล ขาดคนเข้าใจ ความภาคภูมิใจใน  
ตัวเองลดลง ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองถูกบั่นทอน

2. ความซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderated Depression) อารมณ์ซึมเศร้า  
ชนิดนี้มีอาการหลายอย่าง เช่นเดียวกับอาการเศร้าในความซึมเศร้าระดับอ่อน แต่มีความรุนแรง  
กว่า จนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้า  
ชนิดนี้ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก

ความซึมเศร้าระดับปานกลาง มักจะ เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะสูญเสียและ  
เหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าชนิดนี้ จะรู้สึกอึดใจ การพูดจะเป็นไปอย่างลำบาก  
ความคิดจะ เชื่องช้า อาจจะเป็นความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิย่ำทำ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อความเศร้ามีระดับลึกซึ้ง และ เป็นอยู่เป็นเวลา  
นานจะ จักอยู่ในจำพวกนี้ ในความเศร้าชนิดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด  
บุคคลที่จักอยู่ในภาวะเศร้าชนิดนี้ จะสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ  
สาเหตุของความเศร้ามักจะมาจากภายในตัวบุคคลนั้น ความซึมเศร้าแบบไซโคติค (Psychotic  
Depression) จักอยู่ในจำพวกนี้ และมีความแตกต่างจากพวกความซึมเศร้าแบบนิวโรติค  
(Neurotic Depression) คือพวกนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตัวเองได้อย่างเพียงพอและมัก  
จะถอนตัวออกจากความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือ  
พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากความหลงผิดหรือเนื่องมาจากประสาทหลอน

### 3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม

#### มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลซึ่งมีผู้ให้ความสนใจ ศึกษาและอธิบาย ลักษณะการดูแลตนเองดังเช่น เลวิน (Levine) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการของการกระทำหน้าที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษา (Chinn, Peggy L. 1983: 2) ตามแนวคิดของเลวินเห็นว่า การประเมินสุขภาพตนเองก็เป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลตนเองด้วย (Levine quoted in Gulick 1986: 76) นอกจากนี้ไฟรย์ (Fry) ยังได้สนับสนุนแนวคิดของเลวิน และยังได้แบ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ การคงไว้ซึ่งสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยด้วยตนเอง การไต่ยา และการรักษา ตลอดจนการปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพ

มโนทัศน์ในการดูแลตนเองเกิดขึ้นจากการยอมรับในหลักความจริงที่ว่า แต่ละบุคคลควรมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและการพิจารณาของผู้รักษาพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Mullin 1980: 177)

นอร์ริส (Norris 1974: 486-489) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเอาไว้ว่า การช่วยเหลือและการดูแลตนเอง มิได้กระทำในเรื่องของการเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น แม้แต่ภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น ระยะสุดท้ายของไตวาย การช่วยเหลือและการดูแลตนเองยังได้ผลยิ่งกว่าการรักษาของแพทย์เสียอีก และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากกว่าการได้รับการรักษาจากแพทย์

โอเรม (Dorothea E. Orem) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยบุคคล ซึ่งริเริ่มโดยบุคคล เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง สวัสดิภาวะของตนเอง เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กและผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วย และบุคคลทุพพลภาพต้องการการดูแลตนเองจากผู้อื่นอย่างสมบูรณ์ หรือได้รับการช่วยเหลือร่วมกับการมีกิจกรรมในการดูแลตนเองบางส่วน

(Goerge 1985: 125) สำหรับผู้ที่มีความจำกัดในการดูแลตนเองนั้น ผู้ที่เป็นผู้ปกครองหรือเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลเด็กนั้น จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กให้จนกว่าเด็กจะสามารถดูแลตนเองได้ บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับเขาหรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดหวังว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง นั่นคือจะต้องทราบคำตอบของคำถามที่ว่า เมื่อทำกิจกรรมแล้ว ฉันจะได้รับประโยชน์อะไรบ้าง ฉันสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ช่วยตนเองใช้ไหม จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าวเป็นการกระทำที่สร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้และได้ผลในทางรักษา ในลักษณะต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2528: 143-145)

1. สนับสนุนกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต และส่งเสริมการกระทำหน้าที่ต่างๆ ตามปกติ
  2. ดำรงรักษาให้การเจริญเติบโต พัฒนาการและการมีวุฒิภาวะเป็นไปได้ในทิศทางที่เหมาะสม
  3. ป้องกัน ควบคุมการเกิดโรค และการบาดเจ็บ รวมทั้งการบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
  4. ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
- ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

1. บุคคลที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง มีความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เฉพาะตน
2. ความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง ขึ้นอยู่กับอายุ ระยะการพัฒนากายภาพ สุขภาพ ประสบการณ์ ความเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรม และโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่
3. บุคคลอาจจะไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง
4. บุคคลจะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น เมื่อบุคคลผู้นั้นไร้ความสามารถที่จะดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง หรือผู้นั้นดูแลตนเองได้ไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีประสิทธิภาพ

5. บุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือสังคมในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นบุคคลที่ควรได้รับการบริการพยาบาลจากพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิตามกฎหมาย

6. การดูแลตนเอง เป็นข้อกำหนดที่บุคคลทุกคนต้องกระทำเพื่อให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่และทำหน้าที่ตามธรรมชาติได้

7. การดูแลตนเองเป็นการกระทำของมนุษย์ที่กระทำโดยเจตนา กิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากการมีสัมพันธระหว่างบุคคลและการติดต่อสื่อสาร

8. เมื่อมนุษย์ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สังคมใดจัดทาสถาบันซึ่งให้บริการด้านสนับสนุนหรือช่วยเหลือดูแลบุคคลนั้นตามลักษณะ และธรรมชาติของการพึ่งพา รวมทั้งเหตุผลของการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้วย

9. การจัดกลุ่มด้านการบริการให้การช่วยเหลือมนุษย์ที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจแบ่งเป็นการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะการพึ่งพาผู้อื่น และระยะการพัฒนาการของบุคคลและการบริการที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว

10. การบริการที่ไม่เกี่ยวกับภาวะพึ่งพาผู้อื่น อายุ และระยะการพัฒนาของบุคคล จะเป็นการบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในสังคมสมัยใหม่

11. การพยาบาลทั้งระยะที่ผ่านมาและในปัจจุบันเป็นบริการที่ให้แก่มนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพในลักษณะที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในทฤษฎีของโอเรม มนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองตลอดจนสวัสดิภาวะของตนเอง และผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองหรือบุคคลในปกครองของตน การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทำให้เอกลักษณ์เฉพาะและแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่น

โอเรม (Orem 1980 : 41-51) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites ) แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิตตามปกติ ซึ่งจะปรับตามอายุ การพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ ความต้องการการดูแลตนเองนี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของการดำรงชีวิต และการดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของความเป็นมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- ใหร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- ใหร่างกายได้มีการขยับถ่ายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้น เช่น

เหงื่อ ปัสสาวะ ระบุ เป็นไปอย่างปกติ

- ให้ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- ให้ความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม
- ป้องกันอันตรายที่มีต่อการดำเนินชีวิต
- ส่งเสริมการเป็นอยู่ที่ปกติ ในเรื่องของการพัฒนาร่างกายและความนึกคิด

โดยสอดคล้องกับข้อจำกัดทางพันธุกรรม คุณลักษณะและสติปัญญาของแต่ละบุคคล

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care) แต่เดิมโอเรมได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้เข้ามาอยู่ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ต่อมาได้แยกเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองด้านนี้เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในชีวิต เช่นการเข้าสู่สู่วัยภาวะ การตั้งครรภ์ และการเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดามารดา ญาติสนิท สามเษหรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการเพื่อ

- ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

- ส่งเสริมการดูแลในด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่การไม่ได้รับการรักษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือ คำจุน



3. ความต้องการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย (Health deviation Self-Care) เป็นความต้องการดูแลตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์และความผิดปกติของร่างกาย ตลอดทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เบี่ยงเบนไปจากสภาวะปกติ และผลจากขบวนการวินิจฉัยและการรักษากิจกรรมทางด้านนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภทได้แก่

- 3.1 เสาะหาบริการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
- 3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น
- 3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และเป็นการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค
- 3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล
- 3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งมีการดำรงผลส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

#### ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

- บุคคล (Man)
- สิ่งแวดล้อม (Environment)
- วัฒนธรรม (Culture) และค่านิยมในการดำเนินชีวิต (Value of life)
- อายุและสุขภาพ (Age and Health)

#### บุคคลและสิ่งแวดล้อม

การดูแลตนเองเป็นความต้องการของมนุษย์ และเป็นความสามารถของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ สภาพแวดล้อม และความมีกิตติต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ

โอเรมได้กล่าวถึงบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ว่า เป็นหน่วยเดียวที่ผสมผสานอย่างแยกไม่ได้ มนุษย์จึงประกอบด้วยการร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านสังคมและด้านอื่นที่หน่วยนั้นเป็นตัวแทน สังคมจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์โดยเป็นตัวกำหนดความคาดหวังของมนุษย์ และกำหนดความมนุษย์ควรจะมีพฤติกรรมอย่างไร มนุษย์กับสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แบบแผนที่แสดงชัดเจนคือ ระบบการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงในระบบบุคคลหรือระบบสิ่งแวดล้อมย่อมกระทบต่อระบบการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของมนุษย์ต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทั้งสิ้น ดังนั้นมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่ผสมผสานกันทำงานร่วมกันเป็นระบบ โดยที่มนุษย์ปรับความต้องการของตนเองตามสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตนเอง มนุษย์ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการ (จินตนา ญินพันธ์ 2529: 127-129)

วัฒนธรรมและค่านิยมในการดำเนินชีวิตรวมทั้งความเชื่อต่าง ๆ

สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการปลูกฝังมา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะบางสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ นอกจากนั้นแล้วปัจจัยดังกล่าวยังมีส่วนในการตัดสินใจหรือแนวทางในการปฏิบัติภายในขณะเจ็บป่วย (Orem 1971: 21) ความเชื่อบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษา ซึ่งเป็นผลเสียต่อการที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง

อายุและสุขภาพ

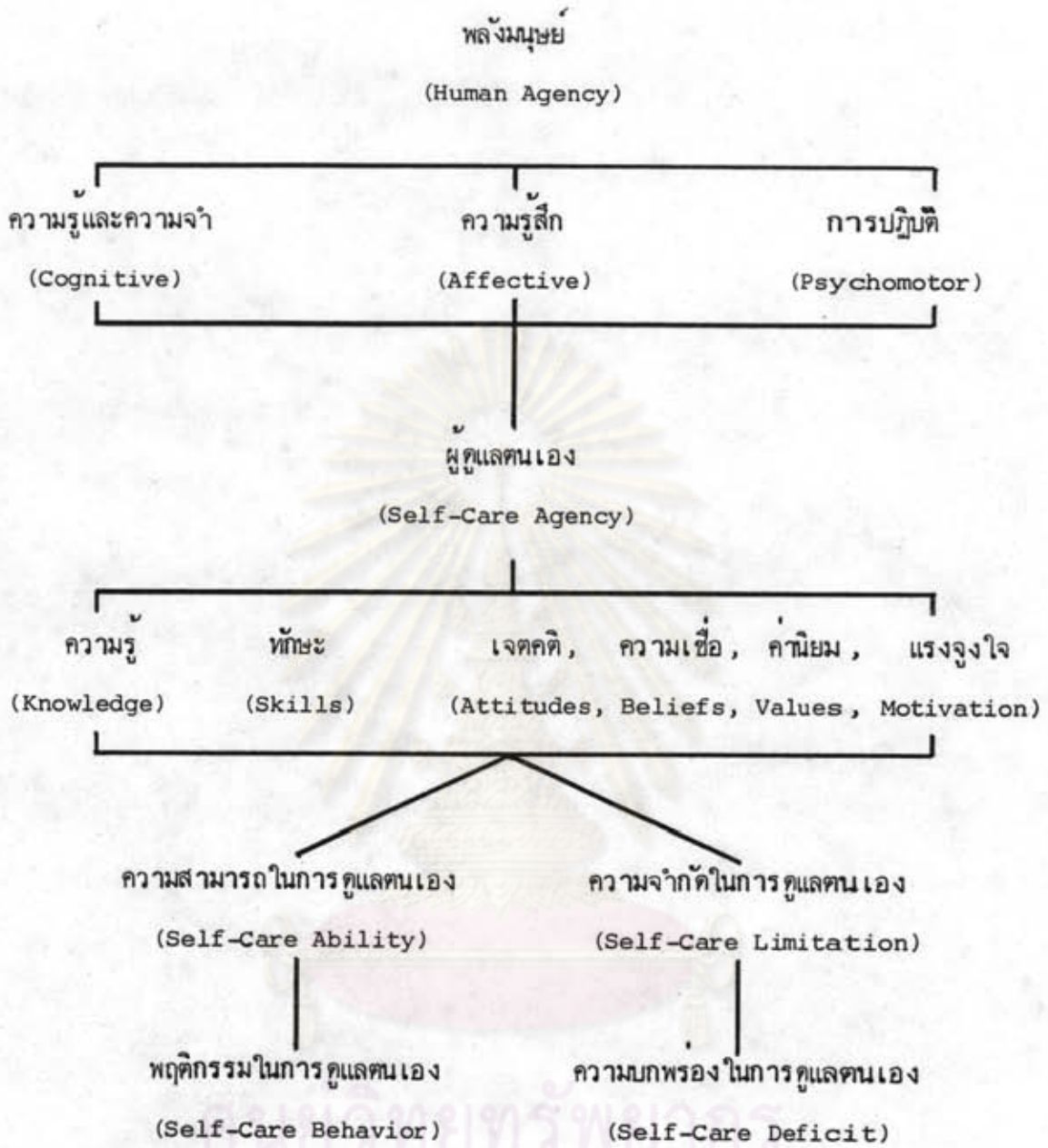
อายุและสุขภาพเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมในการใช้ดูแลตนเอง และจะบอกให้ทราบว่าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้เพียงใด

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ที่เริ่มพัฒนาขึ้นในวัยเด็ก โดยที่เด็กจะเริ่มมีพฤติกรรมการเรียนรู้จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเชื่อว่ามีเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ นิสัย วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของสังคมนั้น ๆ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย เนื่องจากบางวัฒนธรรมเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรม ภูตผี เป็นต้น ดังนั้นการขอความช่วยเหลือทางด้านความเจ็บป่วยย่อมแตกต่างจากผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมแบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งอธิบายความเจ็บป่วยในลักษณะของการเปลี่ยนแปลง

โดยธรรมชาติ เช่น การเกิดเป็นโรคเนื่องจากการได้รับเชื้อโรค เป็นต้น บุคคลเหล่านี้จะขอความช่วยเหลือจากแพทย์แผนปัจจุบัน ในบางวัฒนธรรมที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์มาก ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยกว้างขวางกว่าบางกลุ่มสังคม พฤติกรรมดังกล่าวจะมีส่วนผูกพันกับตัวเด็กไปเมื่อเจริญวัยขึ้น บุคคลจะได้รับพฤติกรรมการเรียนรู้จากสังคมภายนอก ได้แก่ เพื่อน ครู ผู้ร่วมงานในสังคมนั้น ๆ ความสามารถในการดูแลตนเองค่อย ๆ พัฒนาขึ้นแบบสมบูรณ์ ในวัยผู้ใหญ่ โดยอาศัยปัจจัย 3 ประการได้แก่ ความรู้ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และแรงจูงใจ โดยที่ปัจจัยดังกล่าวพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Agency) ซึ่งถือเป็นความรู้พลังหรือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ความจำ ความรู้สึกนึกคิด และการพัฒนาสู่การปฏิบัติ (Joseph 1980 : 135-136) ดังแผนภูมิที่ 3



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 3 แสดงลักษณะของพลังมนุษย์ และผู้ดูแลตนเอง

### ระยะของการดูแลตนเอง (Phase of Self-Care)

1. การตัดสินใจในการช่วยเหลือตนเอง โดยเกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการช่วยเหลือตนเอง
2. มีการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
  - มีความรู้ความชำนาญพิเศษในกิจกรรมที่ต้องกระทำ
  - มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง
  - ได้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่อง หรือการล้มเหลวที่สุด
  - มีกำลังใจตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนถึงที่สุด
  - ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จ

พยาบาลมีบทบาทในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเกิดขึ้น (Health Deviation) เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capacity) ลดลง และไม่สามารถตอบสนองในเรื่องของความต้องการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล (Therapeutic Self-Care Requisites) ได้ ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งพยาบาลจะต้องกำหนดระบบการพยาบาลเพื่อทดแทนความบกพร่องดังกล่าวตามความเหมาะสม

การดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลเริ่มต้นและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อดำเนินชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ดูแลตนเอง (Self-Care Agency) หมายถึงบุคคลที่มีความสามารถในการเริ่มต้นและให้การดูแลตนเอง เพื่อดำเนินชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ความต้องการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล (Therapeutic Self-Care Requisites) เป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบไปด้วยความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อเป็นการป้องกันโรคและเมื่อเกิดโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

### การพยาบาลกับการดูแลตนเอง

การให้บริการทางการพยาบาล (Nursing Capability or Nursing Agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการกำหนดจัดเตรียม และจัดดำเนินการให้การพยาบาลแก่บุคคลผู้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล เป็นรายบุคคล

เพื่อให้การกำหนดกิจกรรมเป็นไปอย่างเหมาะสม โอเรมได้แบ่งระบบการรักษายาบาลไว้ 3 แบบดังนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) พยาบาลเป็นผู้นำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ ได้แก่ ผู้ไม่รู้สึกตัว (Coma)
- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อันมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค หรือข้อจำกัดจากแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกตัว
- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากไม่กล้าตัดสินใจ หรือไม่ทราบวิธี แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถ้าได้รับการแนะนำหรือการสอน เช่น การฉีดยาอินซูลิน การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

2. ระบบทดแทนเป็นบางส่วน (Partly Compensatory System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันทำกิจกรรม โดยพยาบาลต้องช่วยทำเป็นบางส่วนจากเหตุผลดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยมีข้อจำกัดบางอย่างในการเคลื่อนไหว
- ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะ

- ผู้ป่วยมีความสามารถในการที่จะเริ่มทำกิจกรรมแต่ขาดผู้ช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ

3. ระบบประคับประคองให้การศึกษ (Supportive Education System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่จะเรียนรู้ในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ถ้าขาดผู้ช่วยเหลือ

#### เทคนิคในการช่วยเหลือ

- ประคับประคองทางด้านจิตใจ
- แนะนำ
- จัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
- สอน

การพยาบาลระบบนี้ ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้กระทำกิจกรรม คัดเลือกด้วยความรู้และทักษะของตน ภายหลังจากผู้ช่วยเหลือ (พยาบาล) ได้ใช้เทคนิคต่างๆ ในการช่วยเหลือ หรือการสอนแล้ว

โอเรเมกลาวว่า การพยาบาลเป็นบริการที่ให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีศิลป์ในการช่วยเหลือ การกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องมีขอบเขต มีการพิจารณาเลือกสรรตามขั้นตอน โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยให้กิจกรรมต่าง ๆ บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด ได้แก่

1. ผู้ป่วยต้องพบกับความต้องการ ในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล
2. พยาบาลเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยการเพิ่มกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติได้ตามลำพัง มีความสามารถในการปรับตัวหรือขจัดสิ่งกีดขวางต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถคงอยู่กับสภาพของความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงตามลำดับได้
3. ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองแล้ว สามารถตัดสินใจต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพได้ตามลำพังได้โดยไม่ต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลในทีมสุขภาพ มีจำนวนเพิ่มขึ้น

สรุปลักษณะสำคัญของการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Joseph 1980 : 132)

1. เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจ ซึ่งบุคคลนั้นมีความสามารถในการกระทำ
2. เป็นสิ่งที่เกิดจากความคิดหรือการกระทำโดยเจตนา และมีการตัดสินใจที่แต่ละคนมีหลักการในการแนะนำ ชี้แจง หรือปฏิบัติกิจกรรมของตนให้ดียิ่งขึ้น
3. เป็นความต้องการของทุกคน เป็นความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งเป็นการต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อการดูแลตนเองไม่สามารถคงอยู่ได้ จะก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพ
4. ผู้ใหญ่จะมีสิทธิ์และความรับผิดชอบต่องานตัวเองมากกว่าวัยอื่น เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และอาจมีความรับผิดชอบบุคคลภายในบ้าน ได้แก่ เด็ก คนชรา เป็นต้น
5. เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสาร และวัฒนธรรมในสังคม
6. เป็นการส่งเสริมคุณค่าของชีวิต (Self Esteem) ภาพลักษณ์แห่งตน (Body Image) ซึ่งเป็นผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ (Self-Concept)

## ไตวายเรื้อรัง

### นิยาม

ไตวายเรื้อรัง คือภาวะที่ไตทำงานลดลงอย่างช้า ๆ จนร่างกายเสียสมดุลทางเคมีและของเหลว เป็นการยากที่จะกล่าวว่า ไตทำงานถึงระดับใดถึงจะถือว่าเป็นภาวะไตวายเรื้อรัง ในระยะแรกอาจจะไม่พบอาการทางคลินิกเลย เมื่ออัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัส (Glomerular filtration rate) ลดลงร้อยละ 5 ถือว่าไตทำงานบกพร่องเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ถ้าอัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสอยู่ระหว่างร้อยละ 25-50 ถือว่าไตวายปานกลาง อาจมีหรือไม่มีอาการแสดงเลยก็ได้ เมื่ออัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสน้อยกว่าร้อยละ 25 ภาวะไตวายค่อนข้างรุนแรง และถ้าอัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสน้อยกว่าร้อยละ 5 ถือว่าเป็นภาวะไตวายระยะสุดท้าย และจะมีอาการรุนแรงมาก (สง่า นิลวรางกูร และคณะ 2529 : 252)



เบอร์ตัน (Burton, quoted in Joyce 1983: 169) ให้คำนิยาม "ภาวะไตวายเรื้อรัง" ว่าเป็นภาวะที่ขบวนการในการขับของเสียของไตลดลงจนกระทั่งหน้าที่ของหน่วยไตเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ในขั้นสุดท้ายของการทำลายของไตจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งเป็นผลทำให้เกิดอาการของสารยูเรียในเลือด ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่ายูรีเมีย (Uremia) และเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยจนถึงแก่กรรมได้ ยกเว้นว่าจะได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยการทำให้อะลดีส หรือการปลูกไต

การสูญเสียหน้าที่ของไตแบบค่อยเป็นค่อยไป แบ่งเป็นระยะได้ 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 สมรรถภาพสำรองของไต (Diminished renal reserve) ในระยะนี้หน้าที่ของไตโดยส่วนรวมลดลงเพียงเล็กน้อย แต่หน้าที่การขับถ่ายและหน้าที่รักษาสภาวะปกติของร่างกายยังคงอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากไตมีความสามารถพิเศษในการเพิ่มการทำงานของส่วนที่เหลือผู้ป่วยจึงยังไม่มีอาการ ครีเอตินินในซีรัมน้อยกว่า 2 มก./100 มล. วิธีที่จะตรวจพบการสูญเสียหน้าที่ในระยะนี้ได้ก็คือ การหาอัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสซึ่งพบว่าลดลง

ระยะที่ 2 ภาวะไตเสื่อมสมรรถภาพ (Renal insufficiency) ในระยะนี้หน้าที่ของไตเสื่อมมากขึ้น แต่ยังไม่มีอาการ ตรวจพบว่ามีอะโซทีเมียอ่อน ๆ (Azothemia หมายถึงการคั่งค้างของสารไนโตรเจน ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุนอกไตหรือเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ไตก็ได้) คือจะมีครีเอตินินในซีรัม 2-5 มก./100 มล. และเสียความสามารถในการทำให้ปัสสาวะขุ่น และซึดเล็กน้อย

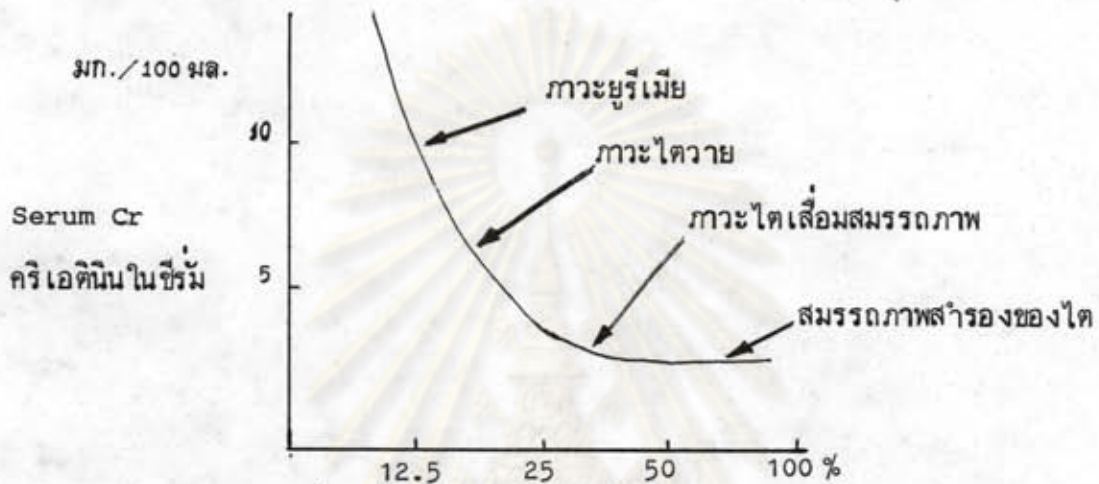
ระยะที่ 3 ภาวะไตวาย (Renal failure) ในระยะนี้หน้าที่ของไตเสื่อมมากขึ้นไปอีก มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน ตรวจพบว่ามีอะโซทีเมีย (ครีเอตินิน ในซีรัม 6-10 มก./100 มล.) ไอโซสทีนุเรีย (Isosthenuria) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และ ภาวะโพสฟอรัสในเลือดสูง

ระยะที่ 4 ภาวะยูรีเมีย (Uremia) ระยะนี้มีอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมียชัดเจน ซึ่งมักพบว่าเมื่อครีเอตินินในซีรัมมากกว่า 10 มก./100 มล. อาการต่าง ๆ ได้แก่

ก. อาการทางระบบประสาท ซึมเซา ไม่มีสมาธิ กล้ามเนื้อกระตุก มือสั่น ชัก และไมรูสติ Peripheral neuropathy

ข. อาการระบบทางเดินอาหาร สะอึก คลื่นไส้ อาเจียน มุมปากอักเสบ  
กระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้อักเสบ

ค. อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด พยาธิภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจ  
(Cardiomyopathy) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ



แผนภูมิที่ 4 แสดงการสูญเสียหน้าที่ของไตในระยะต่าง ๆ

#### สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง

ก. ความผิดปกติของหลอดเลือด

- 1) หลอดเลือดในไตแข็ง (Nephrosclerosis) ทั้งแบบ Benign และ Malignant
- 2) ทромโบสิส (Thrombosis) และภาวะตีบแคบของหลอดเลือดแดงรีนัล
- 3) ทромโบสิสของหลอดเลือดดำรีนัล
- 4) ภัยอันตรายที่ทำให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยงแบบเฉียบพลัน

ข. โรคประมูมูมิที่ไกลเมอรูลัส และภาวะไตอักเสบทุกชนิด

ค. ความผิดปกติของอินเทอรัลติเซียล หรือทิวบูลของไต ได้แก่

- 1) การติดเชื้อ เช่น กรวยไตอักเสบเรื้อรัง วัณโรคของไต ซาร์คอยโดสิสของไต

- 2) ความผิดปกติที่ลอกเลือดฝอยของไต เช่น แพนโคนิซินโตรม รินัลทิวบูลาร์ภาวะพิษจากโลหะหนัก
  - 3) เหตุอื่น ๆ เช่นพยาธิภาวะที่ไตเนื่องจากยาแก้ปวด ไตอักเสบจากรังสี
- ง. ความผิดปกติจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ
- 1) ทางเดินปัสสาวะช่วงบน เช่น นิ่ว เนื้องอก ไพบอริสสรอบ ๆ ไต ไพบอริสหลังเยื่อช่องท้อง
- จ. ความผิดปกติแต่กำเนิดของไต
- ฉ. โรค Systemic ที่เกิดกับไต
- 1) โรคคอลลลาเจน เช่น SLE, Scleroderma
  - 2) โรคทางเบตาบอลิซึม เช่น เบทวาน เก้าท์ ภาวะโปแตสเซียมสูงในเลือด อะมัลลอยโอสิส
  - 3) โรคอื่น ๆ เช่น ไมเอลโกลมา-คีมี ภาวะโลหิตจางชนิดซิคเคิลเซลล์ การติดเชื้ที่เยื่อหุ้มหัวใจค่านใน

### การเปลี่ยนแปลงในร่างกาย

ตามที่กล่าวมาแล้ว การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ก็สุดแล้วแต่ว่ามีการทำลายของเนื้อไตและการสูญเสียหน้าที่ในส่วนต่าง ๆ ไปมากน้อยเพียงใด กล่าวคือ

(1) ยูรีเมีย เมื่อมีการทำลายของเนฟรอนที่มากถึงร้อยละ 75 หน้าที่ในการขับถ่ายของไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับถ่ายสารจำพวกยูเรียในโตรเจน ครีเอตินินจะลดลง ทำให้ตรวจพบระดับยูเรียในโตรเจน และครีเอตินินในร่างกายสูงกว่าปกติ แต่ก็ยังไม่มีอาการอะไรเมื่อเนฟรอนดังกล่าวเสียมากขึ้น ค่าของยูเรียในโตรเจนและครีเอตินินก็สูงขึ้น ๆ ตามลำดับ อาการและอาการแสดงก็มากขึ้น จนกระทั่งถึงขีดหนึ่งก็จะแสดงอาการยูรีเมีย

ผู้ป่วยแต่ละคนก็มีอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย มีระดับยูเรียในโตรเจนและครีเอตินินไม่เท่ากัน เพราะในขณะนี้ยังไม่สามารถแยกสารที่ทำให้เกิดอาการแสดงของภาวะยูรีเมียออกมาได้ว่าเป็นสารชนิดใด แต่เชื่อว่าคงจะประกอบด้วยสารหลายอย่างด้วยกัน ซึ่งรวมเรียกว่ายูรีมิก ทอกซิน (Uremic toxin)

โดยทั่วไปมักจะพบอาการต่างๆ ช่างต้นเมื่อระดับยูเรียในโคโรเจจนถึง 80 มก./

100 มล.

(2) **คูลน้ำ** ในระยะแรก ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของคูลน้ำ จะพบว่าความสามารถในการทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะเสียไป ผู้ป่วยอาจมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับภาวะอะโซทีเมีย เพราะเป็นผลเนื่องจากออสโมติก ไคยูเรติก (Osmotic diuretic) ภัย ทำให้ปัสสาวะมีความต่งจำเพาะใกล้เคียงกับพลาสมาคือประมาณ 1.010 เรียกว่าไอโซสทีนุเรีย (Isosthenuria) แต่ทั้งนี้จำนวนปัสสาวะต่อวันยังคงปกติอยู่ เมื่อไตถูกทำลายมากขึ้น ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเจือจางก็เสียไปด้วย ต่อมาจำนวนปัสสาวะจะค่อย ๆ ลดลง จึงถึงภาวะปัสสาวะน้อย (oliguria) หรือไม่มีปัสสาวะ (Anuria) ในระยะสุดท้าย

ในผู้ป่วยไตวายจากสาเหตุ tubular หรือ tubular interstitial disease เช่น ภาวะกรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตผิดปกติชนิดโพลีซิสติก เป็นต้น จำนวนปัสสาวะจะยังคงปกติ หรือค่อนข้างมากอยู่ จนกระทั่งภาวะสุดท้ายจึงน้อยลง

(3) **คูลโซเดียม** มักไม่เกิดสมดุลของโซเดียมจนกว่าอัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสจะน้อยกว่า 20 มล./นาที แต่ผู้ป่วยที่เป็นไตอักเสบแบบทิวบูล อินเตอร์สติเชียลชนิดเรื้อรัง มักจะยังมีจำนวนปัสสาวะมากอยู่และขับถ่ายโซเดียมออกไปมาก ที่เรียกว่า "salt losing nephritis" เพราะฉะนั้นผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าไม่มีอาการและอาการแสดงของการคั่งของโซเดียม หรือโซเดียมเกิน เช่น ความดันเลือดค้ำที่คอสูง บวม ภาวะหัวใจวาย หรือปอดมีเลือดคั่งก็ไม่ควรจะจำกัดการกินเกลือ หรืออาจต้องให้กินเกลือเพิ่มมากขึ้นก็ได้ เพราะการจำกัดเกลือ อาจทำให้การทำหน้าที่ของไตเลวลงอีกอย่างรวดเร็วได้

(4) **คูลโปแตสเซียม** ในระหว่างที่ยังมีปัสสาวะออกมากกว่าวันละ 400 มล. จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโซเดียมสูงในเลือด แต่ถ้าหากปัสสาวะออกน้อยกว่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะกรดจากเมตาบอลิสมร่วมด้วยก็อาจมีโซเดียมในเลือดสูงได้

(5) **คูลกรด-ค่าง** ในคนปกติจะมีกรดเกิดขึ้นจากเมตาบอลิสมประมาณวันละ 40-60 มิลลิอิกควาเลนซ์ เมื่อการทำงานของไตลดลง

(6) คุณแคลเซียม-ฟอสเฟต เมื่ออัตราการกรองผ่านของโกลเมอรูลัสต่ำกว่า 25 มล./นาที จะมีการคั่งของฟอสเฟตทำให้ระดับของฟอสเฟตในซีรัมสูงขึ้น และระดับของแคลเซียมในซีรัมต่ำลง

นอกจากนี้เมื่อเนื้อไตลดลง ความสามารถของไตในการเปลี่ยนแปลง 25-ไฮดรอกซี-คอลิคัลซิเฟอรอล ซึ่งเป็นรูปที่ออกฤทธิ์ของวิตามินดีที่สังเคราะห์ที่แคลเซียมในซีรัมลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั้งหมดมีผลทำให้เกิดภาวะต่อมพาราไธรอยด์ทำงานที่มากเกินไปจนผิดปกติ เพื่อรักษาระดับของแคลเซียม-ฟอสเฟตให้กลับมามากผิดปกติทำให้เกิด Renal osteodystrophy ผู้ป่วยจะมีอาการคัน และมีแคลเซียมจับในเนื้อเยื่ออ่อน

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีระดับแคลเซียมในซีรัมต่ำในรายไตวายเรื้อรัง แต่การเกิดอาการชักพบไม่บ่อยนัก เนื่องจากระดับแคลเซียมที่แตกตัวเป็นไอออนยังปกติอยู่จากการที่มีภาวะกรดรวมอยู่ด้วย ต่อเมื่อรักษาภาวะกรดแล้วอาจเกิดอาการชักได้บ่อยขึ้น

(7) คุณแมกนีเซียม โดยปกติมักไม่มีปัญหาจนกว่าอัตราการกรองผ่านของไตจะต่ำกว่า 30 มล./นาที และหรือจำนวนบัลสวาระน้อยลงจึงมีการคั่งของแมกนีเซียม ในทางปฏิบัติต้องพยายามหลีกเลี่ยง การใช้ยาที่มีแมกนีเซียมอยู่ด้วย เช่น ยาถ่าย ยาลดกรดส่วนใหญ่นั้น ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาลดกรดก็ให้เลือกชนิดที่ไม่มีแมกนีเซียม เช่น อะลูเจล หรือแอมโฟเจล ซึ่งมีแต่อะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์อย่างเดียว

(8) กรดยูริก ระดับของกรดยูริกในซีรัมจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ระดับครีเอตินินในซีรัมสูงขึ้นตามลำดับ แต่อาการของเกาต์พบน้อย นอกจากว่าผู้ป่วยนั้นเป็นโรคเกาต์มาก่อน

(9) ระบบโลหิต ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีมาโคริตอาจต่ำระหว่าง 15-20 เปอร์เซ็นต์ นอกจากบางโรคที่มีระดับฮีมอริโธพอยอิตินสูง เช่น ไตผิดปกติชนิดโพลีซิสติก เป็นต้น สาเหตุ

- การสร้างอีริโทรพอยอิตินน้อยลง
- มีการแตกของเม็ดเลือดแดง
- มีเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือการขาดเหล็กร่วมด้วย

อย่างไรก็ดี เนื่องจากพวกนี้เป็นภาวะโลหิตจางเรื้อรัง จึงมักไม่ค่อยมีอาการอะไรนอกจากซีดมาก เช่นฮีมาโตคริตต่ำกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น นอกจากนี้หน้าที่ของเพคโตเลคแพคเตอร์ 3 จะเสียไป ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลง แต่พบว่ากลับดีขึ้นหลังจากทำได้อะลย์ลิส

(10) การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต พบว่าประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมี glucose tolerance ถ้าทำการทดสอบค่านี้อาจพบเป็นแบบเบาหวาน สาเหตุยังไม่แน่นอน

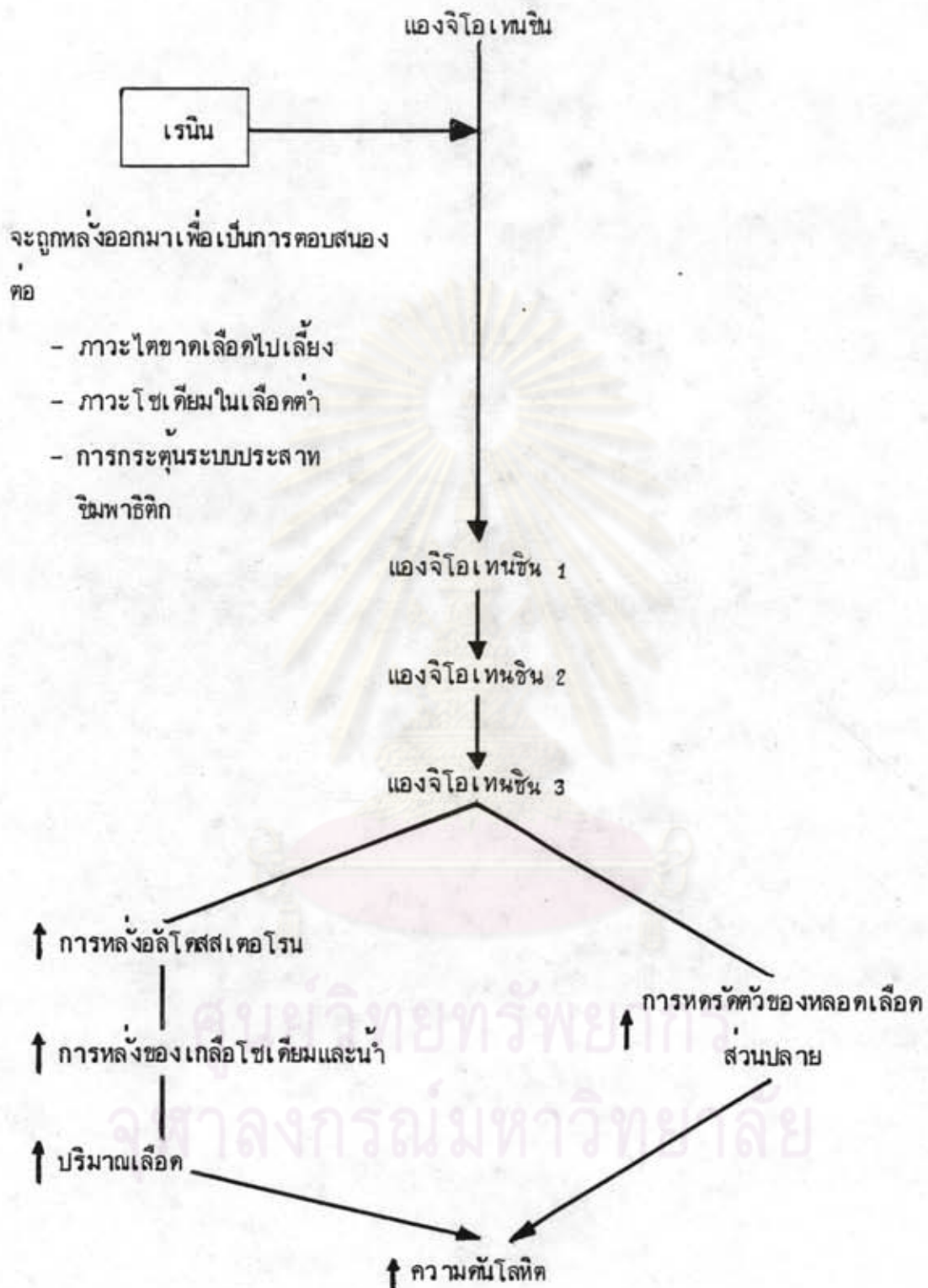
(11) ภาวะความดันโลหิตสูง พบประมาณร้อยละ 80 ของระยะสุดท้ายของโรคไต ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงมี 3 ประการคือ

- การคั่งของโซเดียมและน้ำ
- มีการหลั่งเรนินเพิ่มขึ้น และ
- ระดับของโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ลดลง

ภาวะที่ปริมาตรของเลือดในร่างกายสูงเกิน (Hypervolemia) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการคั่งของน้ำและโซเดียมเป็นปัจจัยปฐมภูมิที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง การเพิ่มการหลั่งเรนินจะไปกระตุ้นการสร้างแองจิโอเทนซิน 3 (Angiotensin III) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการเพิ่มการสร้างอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) และเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ผลสุดท้ายคือความดันโลหิตสูงขึ้นเมื่อไตเสียหน้าที่ ขบวนการชดเชยก็จะไม่ทำหน้าที่ตามปกติ

ส่วนโปรสตาแกลนดินหลังจากรินัลเมดัลลา (Renal medulla) จะช่วยลดความดันโลหิตโดยการลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ผลจากขบวนการนี้จะเปลี่ยนแปลงในภาวะไตวาย

การมีความดันโลหิตสูงจะเป็นการเร่งการเกิดภาวะไตวายโดยเพิ่มการทำลายของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นไปอีกโดยการกระตุ้นขบวนการของเรนิน-แองจิโอเทนซิน ความรุนแรงเนื่องจากผลของความดันโลหิตสูง ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หัวใจวาย ตาบอดและ เกิดอาการทางสมอง (Martin 1981: 505-506)



แผนภูมิที่ 5 แสดงไคอะแกรมของขบวนการเรนิน-แองจิโอเทนซิน

(12) การเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนัง ลักษณะของผิวหนังในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะแห้งซีก เป็นเกล็ดและมีอาการคัน จะ เป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาของโรค

(13) ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม พบว่ามีการเสียการรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Proprioceptive sense ก่อนและเป็นส่วนปลาย ๆ เชื่อว่าเป็นผลจากยูริมีคทอกซิน ทำให้เกิด ภัยอันตรายต่อเส้นประสาท (nerve injury) ที่รับความรู้สึกของเท้า ขา และมือ หรือสูญเสีย ความรู้สึก ทำให้มีความรู้สึกซ่า ๆ (tingling) หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นผลทำให้ความไว ต่ออุณหภูมิและความเจ็บปวดลดลง

(14) ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า ร่างกายมีความต้านทาน ต่อเชื้อโรคลดลง อาจเนื่องจากภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์ทำงานน้อยลง ทำให้เป็นโรคติดเชื้อ ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อในทางเดินหายใจและการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

#### อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงจะมีมากหรือน้อย เป็นตามระยะเวลาและการสูญเสียหน้าที่ ของไตไปมากน้อยเพียงใด

ในระยะแรก ๆ ไม่มีอาการอะไร โดยเฉพาะในรายที่ไตมีสมรรถภาพสำรองและไต เสื่อมสมรรถภาพ

ในระยะต่อมา ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน อาการ ของภาวะโลหิตจาง ภาวะกรด ภาวะความดันโลหิตสูง หรือภาวะเสียดุลอิเล็กโทรไลต์ ตรวจ เลือดพบว่ามียูเรียในโตรเจนและครีเอตินินสูง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามหลายคนอาจไม่แสดงอาการอะไร แต่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย ตามปกติได้

ระยะหลังๆ อาการต่างๆ จะมากขึ้น จำนวนปัสสาวะอาจน้อยลง และผู้ป่วยมีอาการ ทางสมองมากขึ้น คือ ซึม มีสั่น ชัก และไม่รู้สติตามลำดับ ระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการของ ภาวะยูริเมียคั่งกลาวข้างต้น



### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะไตวายเรื้อรัง มีดังต่อไปนี้ (สง่า นิลวรารุง 2529: 155-156 ; เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2526: 35-36)

1) ประวัติ มีประวัติเป็นโรคไตมาก่อน หรือความดันโลหิตสูงมาก่อนประวัติสำคัญคือ ภาวะบวมน้ำในต่อนกลางคืน และบวมน้ำมาก

2) การตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยซีด ผิวหนังแห้งและเหลืองคล้ำ ความดันโลหิตสูง หัวใจโต ไตโตในบางราย หรือหดรัดทั้งสองข้าง

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจปัสสาวะ พบว่า ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะต่ำเสมอไม่ว่าผู้ป่วยจะ ภาวะบวมน้ำเวลาใดจะเท่ากับ 1.010 (Isosthenuria) สีปัสสาวะจางเนื่องจากยูโรโครม (Urochrome) ออกมาในปัสสาวะน้อยพบโปรตีนในปัสสาวะ 1-2 กรัม/วัน

การตรวจเลือดพบระดับยูเรียไนโตรเจน ครีเอตินิน กรดยูริก การทำครีเอตินิน เคลียร์ร่านสูง ระดับโซเดียม โปแตสเซียม และฟอสฟอรัสสูงในเลือด

4) การตรวจทางรังสี เพื่อขนาดของไต จากลักษณะภาพทางรังสีที่ปรากฏทำให้ทราบสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง

5) การตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น การตรวจสมรรถภาพของไต การเจาะเนื้อไตไปตรวจจุลทรรศน์ที่ไต และเนื้อเยื่อของไต

### การรักษา

ไตวายเรื้อรังขนาดของไตมักเล็กลง และการทำงานของไตลดลงอย่างมาก ส่วนของไตที่เสียไปแล้วไม่มีการรักษาใด ๆ ที่จะทำให้ส่วนที่เสียคืนได้ ดังนั้นจุดประสงค์ในการรักษาไตวายเรื้อรังคือ

1) แพทย์วิสัยส่วนที่แก้ไขได้ สาเหตุของการเกิดไตวาย ถ้าทราบสาเหตุใดก็ได้ การรักษาให้ตรงตามสาเหตุนั้น จะทำให้การเสียหายที่ของหน่วยไตกลับคืนมาได้ เช่น การที่ไตเสียหายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ให้การรักษาโดยการให้น้ำอย่างเพียงพอจะยับยั้งการเสียหาย

หน้าที่ของไตไต หรือเกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ให้การรักษาโดยการผ่าตัดจะทำให้  
หน้าที่ของไตกลับคืนไต

2) ให้ไตส่วนที่เหลือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแล้วไตส่วนที่เหลือสามารถ  
ทำงานได้เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยได้รับอิเล็กโทรไลต์ น้ำ และ โปรตีนในปริมาณที่เหมาะสมกับ  
สมรรถภาพของไต

3) ลดอาการของยูรีเมีย และชะลอเวลาที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายโดยรักษาด้วย  
ไตเทียมหรือการปลูกไต

4) การรักษาเพื่อประคับประคองให้ไตส่วนที่เหลือสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่  
เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้นานและลดภาวะยูรีเมียจะต้องคำนึงถึง

(1) อาหาร คำนึงถึงแคลอรีที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน และชนิดของสารอาหาร  
โปรตีนที่จำเป็นต่อร่างกาย และควรพิจารณาถึงอาหารที่มีโซเดียม โปแตสเซียม และแคลเซียมด้วย

(2) ชีต ผู้ป่วยชีตควรได้รับเลือดเมื่อฮีมาโตคริตต่ำกว่า 20 เปอร์เซ็นต์

(3) ความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ได้รับน้ำ และโซเดียม  
มาก ในขณะที่ไตไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้ ควรลดอาหารรสเค็มแล้วให้ยาลดความดันโลหิต  
และยาขับปัสสาวะ ถ้าให้ยาลดความดันไม่ได้ผล ต้องทำไตอะลย์สิสทางหน้าท้อง

(4) หัวใจวาย รักษาด้วยดิจิทาลิส งลดอาหารรสเค็ม และให้ยาขับปัสสาวะ  
ถ้าไม่ได้ผล ต้องทำไตอะลย์สิสทางหน้าท้อง

(5) ภาวะกรด รักษาโดยโซดาบด ถ้าไม่ได้ผลต้องทำไตอะลย์สิสทางหน้าท้อง

(6) อาการชัก เกิดจากแคลเซียมในเลือดต่ำ ความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะ  
น้ำเกิน แก้ไขโดยการทำให้ไตอะลย์สิสทางหน้าท้อง

(7) การมีเลือดออก การรักษาต้องให้เกล็ดเลือด หรือเลือดใหม่ ๆ หรืออาจ  
ช่วยได้โดยการนำไตอะลย์สิสทางหน้าท้อง (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2526 : 36-37)

## การพยากรณ์โรค

ไควายเรื้อรังเป็นระยะสุดท้ายของโรคไต การรักษาเป็นเพียงการรักษาแบบ  
ประคับประคอง พร้อมทั้งระวังไม่ให้มีอาการแทรกซ้อน ดังนั้นการพยากรณ์โรคจึงขึ้นอยู่กับโรค  
แทรกซ้อน ถ้ามีอาการแทรกซ้อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตเร็วขึ้น

### ไตเทียม

เอเบล (Abel, Rowntree) และ เทอเนอร์ (Turner) เป็นผู้ริเริ่มนำหลักการ  
ในการทำไตอะลต์สไตส์ด้วยเครื่องไตเทียม ในปี ค.ศ. 1912 แต่ในขณะนั้นยังมีอุปสรรคในการทำ  
ไตเทียมอยู่ 2 ประการด้วยกัน คือสารกันเลือดแข็งตัว และ ไตอะลต์ซิง เมมเบรน จึงทำให้ไม่  
ประสบผลสำเร็จ จนกระทั่งได้ค้นพบเฮปาริน (Heparin) และ เซลโลเฟน (Cellophane)  
ในปี ค.ศ. 1916 และในปี ค.ศ. 1920 ตามลำดับ โดยนายแพทย์คอฟฟ์แห่งมหาวิทยาลัย  
กรอนินเจน ประเทศฮอลแลนด์ และในตอนหลังคอฟฟ์ก็อพยพเข้าไปอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา  
ประมาณปี ค.ศ. 1950 และได้ทำการพัฒนาไตเทียมให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันนี้ก็ได้มีการวิจัย  
อย่างต่อเนื่องกันมา เพื่อให้ไตอุปกรณ์ที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Tyndall  
1981: 489) สำหรับในประเทศไทย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยด้วยไตเทียมเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2506 และยังใช้อยู่จนถึงทุกวันนี้

### จุดประสงค์ในการทำไตเทียม

1. รักษาผู้ป่วยไควายเฉียบพลัน เพื่อช่วยให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิม เนื่องจากผู้ป่วย  
ไควายเฉียบพลันจะมีระยะหนึ่งคือ ระยะบัสสวะน้อย หรือไม่มีบัสสวะ ถ้าระยะนี้ช่วยผู้ป่วยด้วย  
การทำไตเทียม จะช่วยป้องกันภาวะยูรีเมียและช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้ผ่านพ้นไปจนถึงระยะ  
ที่ไตกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ
2. ช่วยยื้อชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของไควาย ให้มีชีวิตยืนนาน เพราะถ้าไม่  
ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมได้ หรือคอยทำการปลูกไต
3. ใช้จัดยาบางชนิดที่ควรรับเข้าไปในร่างกาย ซึ่งได้แก่ แอมเพตามีน อะลิซีน  
บาร์บิทูเรท อะซิติก ไคพินิลไฮแคมโทอิน ฟลูออไรด์ คลูทิลิไมด์ เมโพรบาเมท เมทิลแอลกอฮอล์

โปแตสเซียมโคโรเมท โปแตสเซียมไฮโอไซยานาเท ควินิควิน เรติโอไอโอไดค์ ซาลิไซเลท และ ซอลท์พอยซันนิง (Salt poisoning)

### ข้อบ่งชี้ในการทำไตเทียม

1. บัสสวาระน้อยหรือไม่มีบัสสวาระอย่างน้อย 3 วัน
2. โปแตสเซียมในซีรัม สูงมากกว่า 7 มิลลิควิวาเลนซ์/ลิตร หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามีความผิดปกติจากภาวะโปแตสเซียมสูง
3. ครีเอตินินในซีรัมสูงเกิน 10 มก./100 มล. และครีเอตินิน เคลียร์รานซ์ลดลงเหลือ 5 มล./นาที่ หรือต่ำกว่า
4. ยูเรียในเลือดสูงกว่า 150 มก./100 มล.
5. ภาวะความเป็นกรด เมื่อค่า pH น้อยกว่า 7.15 หรือไบคาร์บอเนต ในเลือดน้อยกว่า 10 มิลลิควิวาเลนซ์/ลิตร
6. ภาวะน้ำเกินหรือ ภาวะบวมมน้ำ
7. มีอาการยูรีเมียคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเต็ม
8. ภาวะไม่สมดุลของโซเดียม

### ข้อห้ามในการทำไตเทียม

ในผู้ป่วยที่เลือดออกง่ายและหยุดยาก เช่น โรคตับ แผลในกระเพาะอาหาร ไข้รับยากันเลือดแข็งตัว หลังผ่าตัดไตใหม่

หลักการของเครื่องไตเทียม

1. มีแผ่นหรือเนื้อเยื่อที่มีคุณสมบัติยอมให้น้ำและสารที่มีขนาดเล็ก เข้าออกได้เนื้อเยื่อที่ใช้คือ คิวโพรเฟน
2. ให้เลือดของผู้ป่วยและน้ำยาไหลละลายลิสอยู่คนละด้านของแผ่นเนื้อเยื่อ

3. น้ำยาไอโอะลีสจะมีค่าความเข้มข้นสูงกว่าเลือดผู้ป่วย เพื่อให้ผ่านจากเลือดมาสู่คาน้ำยาไอโอะลีส

4. ของเสียในเลือดที่มีความเข้มข้นสูงจะแพร่มาสู่คาน้ำยาไอโอะลีส

#### คุณสมบัติของเครื่องไตเทียม

คุณสมบัติของไตเทียม (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2526: 62; Judd 1983: 39)

1. ทำหน้าที่ขจัดสารที่เป็นพิษ และของเสียจากการเผาผลาญอาหารให้น้อยลงขณะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

2. ทำหน้าที่รักษาดุลิ เลคโตรไลต์ และส่วนประกอบทางเคมีของน้ำในร่างกาย

3. ทำหน้าที่รักษาอุณหภูมิร่างกาย

4. ทำหน้าที่ดึงน้ำออกจากร่างกาย โดยใช้อัลตราฟิลเตรชัน จะใช้ในรายที่มีการคั่งของน้ำในร่างกายมาก เช่นในไตวายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

#### น้ำยาไอโอะลีสจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถขจัดของเสียได้อย่างดี
2. เพิ่มสารที่ร่างกายต้องการได้
3. ป้องกันการขจัดสารที่ร่างกายต้องการได้

#### ผู้ป่วยที่ทำได้ไอโอะลีส

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยไตเทียม ต้องได้รับการเตรียมหลอดเลือด โดยการต่อเส้นทางเดินของเลือด (shunt) เพราะการทำไตเทียมแต่ละครั้งจะต้องเอาเลือดออกจากร่างกายมายังเครื่องไตเทียม และไหลกลับเข้าสู่ร่างกายวนเวียนกลับไปมาจนกว่าจะเสร็จในการทำแต่ละครั้ง การทำในผู้ป่วยแต่ละรายนี้ จะต้องทำบ่อย ๆ คือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ บางรายอาจต้องทำตลอดชีวิต หรือทำไปจนกว่าจะปลูกไต ฉะนั้นเพื่อช่วยดำเนินการทำไตเทียมให้สะดวกและป้องกันการชอกช้ำของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง แพทย์จะต้องต่อเส้นทางเดินของหลอดเลือดใหม่ให้

การทำเส้นทางเดินของหลอดเลือดใหม่ที่ทำที่แขน หรือขาได้ แต่ที่นิยมที่สุดคือแขนข้างใดข้างหนึ่ง ส่วนมากจะเป็นแขนข้างซ้าย ในผู้ป่วยที่เพศชาย การทำเส้นทางเดินของหลอดเลือดใหม่ทำได้ 2 แบบคือ

1. การต่อหลอดเลือดแดง-ดำภายนอก (External arterio-venous shunt) ทำโดยการกรีดผิวหนังทาหลอดเลือดแดงและดำ แล้วสอดปลายหลอดเลือด ไชแลสติก (teflon silastic) เข้าหลอดเลือดทั้งสองนำปลายหลอดเลือด ไชแลสติกไปยังหลอดเลือดดำโดยไม่มีการอุดกั้น การทำวิธีนี้เป็นการกระทำโดยรีบด่วน เมื่อทำเสร็จสามารถเข้าเครื่องไตเทียมได้ทันที อัตราเฉลี่ยการหมดอายุใช้งานประมาณ 7-10 เดือน

ภาวะแทรกซ้อนจากการต่อหลอดเลือดแดง-ดำภายนอก

1) การติดเชื้อบริเวณแผล เชื้อที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อสแตปิโลค็อกคัส พบประมาณร้อยละ 90 และเชื้อแบคทีเรียแกรมลบประมาณร้อยละ 10

2) การอุดกั้น เกิดจากการไหลของเลือดไม่ดีพอ หรือสายหักงอหรือสายถูกกดทับนานทำให้เลือดไหลเวียนช้า เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ ทำให้การไหลเวียนของเลือดสูงขึ้น

3) การเกิดแผลจากหลอดเลือด ไชแลสติก กดเนื้อบริเวณที่สอดหลอดเลือดมากเกินไป หรือเกิดจากการติดเชื้อ

4) การอักเสบของหลอดเลือดดำ (phlebitis) เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย หรือการระคายเคืองของหลอดเลือดดำจากการสอดหลอดเลือด ไชแลสติก

5) การเสียเลือดเนื่องจากการหลุดของหลอดเลือด ไชแลสติก ออกจากท่อนบริเวณรอยต่อ

2. การต่อหลอดเลือดแดง-ดำภายใน (Internal arterio-venous shunt) หมายถึงการต่อหลอดเลือดแดงและดำใต้ผิวหนัง โดยการผ่าตัดให้มีรอยทะลุถึงกันซึ่งอาจทำได้หลายแบบคือ ตันข้างของหลอดเลือดแดงต่อกับตันข้างของหลอดเลือดดำ (Side to side anastomosis) หรือ ตันปลายของหลอดเลือดดำต่อกับตันข้างของหลอดเลือดแดง (end to side anastomosis) ปัจจุบันนิยมทำตันข้างของหลอดเลือดต่อกันเพราะทำได้ง่าย

การคอบล็อกเลือดชนิดนี้ จะใช้ในรายที่ผู้ป่วยต้องทำไตเทียมตลอดไป หลังทำคองทึงไว้ประมาณ 4-6 สัปดาห์ เพื่อรอให้หลอดเลือดและแขนงของมันขยายโตขึ้น จะมีอายุเฉลี่ยในการใช้งานประมาณ 3-4 ปี

### ภาวะแทรกซ้อนจากการทำไตเทียม

1. การตกเลือดอันเป็นผลจากการใช้ยากันเลือดแข็งตัว มีสาเหตุอยู่ 2 ประการ คือ

1.1 กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อันเป็นผลจากการได้รับเฮปารินในขณะทำไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยตกเลือดอย่างรุนแรงได้ถึงร้อยละ 25 จะมีอาการแสดงดังนี้

1.1.1 แขนขาที่คอบล็อกเลือดแดง-ดำหรือแพงเข้มจะบวมหรือมีลักษณะมีเลือดคั่งภายใน (Hematoma)

1.1.2 เลือดออกจากทางเดินอาหาร โดยเฉพาะแผลจากลำไส้เล็ก ส่วนต้นอย่างรุนแรง อาการที่แสดงคืออาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ

1.1.3 ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด

1.1.4 เลือดออกจากช่องคลอด หญิงที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่จะไม่มีประจำเดือน การทำไตเทียมประจำจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และมีประจำเดือนปกติ เมื่อได้รับเฮปาริน อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีประจำเดือนออกมามากจนกระทั่งต้องรักษาด้วยการตัดมดลูก

1.1.5 เลือดออกตามข้อ จะมีอาการปวดหรือเคลื่อนไหวข้อไม่สะดวก

1.1.6 เลือดออกในเยื่อหุ้มหัวใจ

1.1.7 เลือดออกในสมอง จะมีอาการปวดศีรษะ หรือมีอาการทางประสาทโดยไม่ทราบสาเหตุ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. กลุ่มอาการขาดสมดุล (Disequilibrium syndrome) อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อแก่ภาวะยูรีเมียและภาวะกรดเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะมีอาการซึม ปวดศีรษะมาก เห็นภาพไม่ชัด อาเจียน ความดันโลหิตสูง มือตก พฤติกรรมเปลี่ยน เช่น หงุดหงิดง่าย พูคาเลอะเลือน กระตุก ชัก ไม้รู้สึกตัว และถึงแก่กรรมในที่สุด

3. ความดันโลหิตต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ถึงร้อยละ 24.37 (ส่ง นิลวารางกูร 2524: 24)

อาการและอาการแสดงคือ ผู้ป่วยบ่นว่าใจสั่นหวิว ๆ รู้สึกหน้ามืดจะเป็นลม กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน

สาเหตุ

- 1) ปริมาตรของพลาสมาลดลง
- 2) มีการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน
- 3) ภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อ
- 4) ภาวะช็อคจากหัวใจ

4. ไข้ เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ๆ เช่นกัน

สาเหตุ

- 1) ไข้รับสารไพโรเจน (pyrogen) พบได้บ่อยที่สุด
- 2) การติดเชื้อ
- 3) เครื่องควบคุมอุณหภูมิของเครื่องไตเทียมเสีย

5. ตะคริว เป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งปรากฏเมื่อใช้อัลตราฟิลเตรชันจนน้ำหนักลดลงมากเกินไป ถ้าใช้น้ำยาไตละลายเสทที่มีค่าโซเดียมถึง 145 มิลลิอิกวาเลนซ์/ลิตร จะลดอาการตะคริวจากร้อยละ 49 เป็นร้อยละ 23 การใช้ 5% NaCl 50 มล. ฉีดเข้าหลอดเลือด จะช่วยลดความรุนแรงของตะคริวได้

6. กลุ่มอาการที่เกิดจากน้ำไม่บริสุทธิ์ (Hard water syndrome)

อาการแสดงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ร้อนวูบวบตามตัว อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทั้งนี้เนื่องจากการใช้น้ำที่ไม่บริสุทธิ์ในการทำไตละลายเสท

7. สมดุลอิเล็กโทรไลต์ถูกรบกวน (Electrolyte disturbance)

7.1 ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เกิดจากการผสมน้ำยาผิดส่วน ไม่ได้ทดสอบ conductivity หรือ conductivity เลื่อน



อาการและอาการแสดงคือ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเอว ปวดท้อง มักเกิดอาการหลังจากเริ่มใช้โอะลันทีสใหม่ ๆ

7.2 ภาวะโซเดียมในเลือดสูง สาเหตุเช่นเดียวกับภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะกระหายน้ำ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย หูตึงไม่รู้เรื่อง ชัก

เมื่อสงสัยภาวะทั้งสอง ให้หยุดยาโอะลันทีสทันที เพื่อป้องกันทั้งสองภาวะ

7.3 ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการทำโอะลันทีสไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยได้รับโปแตสเซียมมากเกินไป

8. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากยาขัดขวางเบต้า (B-Blocking agent) มักเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยออกกำลังกายมากกว่า 18 ชั่วโมง และได้รับการทำโอะลันทีสด้วยไตเทียมที่ใช้ยาโอะลันทีส ชนิดที่ไม่มีน้ำตาล ผู้ป่วยจะอาเจียน ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตสูง ในตอนที่เข้าเครื่องได้ไม่นาน

#### ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาด้วยไตเทียมเป็นเวลานาน ๆ

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจเป็นต้นเหตุของภาวะเลือดออกในสมอง แก๊สโซคอล การเพิ่มอัตราการเต้นขึ้นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยบวม ไตขาดความดันโลหิต เช่น อินเฟอร์อล ในกรณีผู้ป่วยเป็นพวกเรตินสูง ไตยา พวกเมทิลโดปา ไตยาขยายหลอดเลือด เช่น ไฮดรอลาซีน และพาราโซลีน ซึ่งควรให้พร้อม ๆ กันทั้ง 3 ชนิดในขนาดต่ำ ๆ ไม่ควรให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งในขนาดสูง ๆ เพราะจะมีผลข้างเคียงของยามาก

2. ภาวะหัวใจวาย เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะน้ำเกินจากไม่ระมัดระวังในเรื่องอาหารที่มีโซเดียมมาก นอกจากนี้ยังมีผลเนื่องมาจากภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง และ A-V fistular แก๊สโซคอลเพิ่มเวลาของการทำโอะลันทีสและทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระมัดระวังเรื่องเกลือในอาหารให้มากขึ้น

3. ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม ผู้ป่วยขาปลายมือปลายขา แขนไม่มีแรง เป็นผลเนื่องจากการคั่งของพาทิเคิลโมเลกุลขนาดกลาง การวัด nerve conducting time จะช่วย

ในการวินิจฉัยภาวะนี้ไว้ก่อนที่จะมีอาการ เมื่ออาการปรากฏแล้ว การแก้ไขต้องเพิ่มระยะเวลาที่จะรักษาด้วยไตเทียม

4. โลหิตจาง เป็นผลมาจากการแตกของเม็ดเลือดแดง ที่เกิดจากการใช้น้ำยาไตอะลย์เสทที่ร้อนเกินไปหรือเนื่องจากพอร์มัลติไซค์ นอกจากนี้เป็นผลจากการได้รับการทำไตอะลย์ซิสไม่เพียงพอ หรือการนำไตอะลย์เซอร์ที่ใช้แล้วกลับมาใช้อีก แก้ไขโดยการเพิ่มระยะเวลาการทำไตอะลย์ซิส การให้เลือดควรจะทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการของเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ หรือเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยอ่อนเพลียอย่างมาก

5. การติดเชื้อ ที่ควรระวังคือ หนองในจากไวรัสชนิด บี เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดในหมู่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยไตเทียม และอาจติดต่อมายังผู้ปฏิบัติงานได้ การป้องกันควรตรวจหาแอนติเจน เฮปาทิติสไวรัส บี เป็นระยะ ๆ ทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานเมื่อพบว่ามีแอนติเจนดังกล่าวในผู้ป่วยต้องงดการนำไตอะลย์เซอร์มาใช้ใหม่อีก การให้เลือดในผู้ป่วยควรให้ในกรณีจำเป็นเท่านั้น นอกจากนี้เชื้ออื่น ๆ ที่อาจพบได้แก่ พวกที่มีความรุนแรงน้อยซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจค่านใน ทำให้เกิดหัวใจวายเพิ่มขึ้น (สง่า นิลวรรณ 2524 : 28-29)

ความรับผิดชอบการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

สิ่งที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งได้รับการสอนและแนะนำจากทีมสุขภาพเป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก นอกเหนือไปจากการทำไตอะลย์ซิส ซึ่งจะช่วยให้สามารถรักษาและควบคุมระดับชีวเคมีในร่างกายเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงประกอบด้วย

1. การไปรับการรักษาค่ายการทำไตอะลย์ซิสด้วยไตเทียม (Hemodialysis) ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา

2. การควบคุมเกี่ยวกับอาหาร

2.1 จากอาหารโปรตีน ในระยะแรกคือระหว่างสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่สองของการรักษาด้วยไตเทียม ผู้ป่วยควรได้รับโภชนาการโปรตีนเพียง 0.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หรือ 60-80 กรัม/วัน (Rodriguez 1981: 577 ; Tilney and Lazarus 1982: 20) หลังจากการทำไตอะลย์ซิสดำเนินไปจนเพียงพอแล้ว ก็จะสามารถเพิ่มการบริโภคโปรตีนเป็น 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน และประมาณ 2 ใน 3 หรือ 3 ใน 4 ของอาหารโปรตีนที่บริโภค ควรจะเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าทางชีวภาพสูง (High biogenic value)

ในบางกรณีผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือด หรือมีการสูญเสียโปรตีนจากการทำไตอะลย์ซิส ซึ่งในสัปดาห์หนึ่ง ๆ ผู้ป่วยจะสูญเสียโปรตีนได้ถึง 38 กรัม ถึงแม้ว่าจะให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารโปรตีนในอัตราวันละ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบอาการทางคลินิกที่แสดงถึงภาวะขาดโปรตีนอยู่ เพราะฉะนั้นจึงอาจแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคโปรตีนได้ถึง 1.2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน ร่วมกับการให้โปรตีนเสริม ซึ่งเป็นกร คอะมิโนซึ่งมีคุณค่าทางชีวภาพสูงอีก 0.2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน

การให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการทำไตเทียม ในรูปของกร คอะมิโนที่จำเป็นแก่ร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะสมดุลไนโตรเจนบวก (Positive nitrogen balance) อาหารเสริมประเภทนี้จะให้กร คอะมิโนสูงกว่าที่ได้รับจากอาหารโปรตีนในธรรมชาติ (เช่น นม ไข่ เนื้อ) ผลิตภัณฑ์ที่มีผู้ผลิตออกจำหน่าย จะให้สัดส่วนของกร คอะมิโนจำเป็นและเกลือแร่ในปริมาณหนึ่งและผลิตภัณฑ์อีกประการหนึ่งก็คือ BUN ลดลง เพราะสารยูเรียไนโตรเจนจะถูกนำไปใช้ใหม่ในการสร้างกร คอะมิโนที่ไม่จำเป็น

2.2 การจำกัดโซเดียมและโปแตสเซียม ในระยะก่อนทำไตอะลย์ซิส (Predialysis) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการจำกัดเกลือโซเดียมตามระดับการบวมและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ส่วนมากมักจะจำกัดให้อยู่ในช่วง 87-172 มิลลิอิวลิลาเลนซ์ (2-4 กรัม) แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกินและความดันโลหิตสูง ก็อาจไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยจำกัดเกลือโซเดียมก็ได้

สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการจำกัดเกลือก็คือ จะต้องไม่ปรุงรสด้วยเกลือหรือเครื่องปรุงรสที่มีเกลือหรือมีโซเดียม แต่ปรุงรสด้วยเกลือที่แพทย์อนุญาตหรือกำหนด เช่น วันละ  $\frac{1}{2}$  หรือ 1 หรือ  $1\frac{1}{2}$  ช้อนชา ปรุงอาหารได้ทุกมื้อตลอดวัน และถ้าใช้ไม่หมดใน 1 วันให้ทิ้งไป วันใหม่ก็ดวงใหม่ ห้ามมิให้นำเกลือส่วนที่เหลือในวันก่อนมารวมกับวันใหม่

ปริมาณเกลือที่แพทย์จะอนุญาตให้ใช้ปรุงอาหารในแต่ละวัน ขึ้นอยู่กับ

ก. ระดับการจำกัดโซเดียมว่าจำกัดมากแค่ไหน ถ้าระดับจำกัดมาก ก็มีโอกาสน้ำเกลือไตน้อย

ข. ปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากอาหารหลัก เป็นโซเดียมที่มีตามธรรมชาติ ในเนื้อ นม ไข่ ผัก ฯลฯ มีโซเดียมจากการปรุงแต่ง

ระดับที่มีการจำกัดโซเดียมระดับเบาที่สุด คือให้ได้รับโซเดียมวันละประมาณ 2,500 มิลลิกรัม และผู้ป่วยกินเนื้อสัตว์ ไข่ และนมมาก แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้เกลือปรุงแต่งรสได้วันละประมาณ 1 ช้อนชา

ถ้าจำกัดโซเดียมระดับเดียวกันคือ วันละประมาณ 2,500 มิลลิกรัม แต่ผู้ป่วยกินเนื้อสัตว์ ไข่ และนมน้อย แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้เกลือปรุงแต่งรสได้มากขึ้น คือใช้ได้วันละประมาณ  $1\frac{1}{2}$  ช้อนชา

ถ้าจำกัดโซเดียมระดับจำกัดปานกลาง คือวันละประมาณ 1,000 มิลลิกรัม ผู้ป่วยบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ และนมน้อย แพทย์จะอนุญาตให้เติมเกลือได้วันละประมาณ  $\frac{2}{3}$  ช้อนชาเท่านั้น

ถ้าจำกัดโซเดียมระดับเข้ม คือวันละ 1,000 มิลลิกรัม แต่ผู้ป่วยบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ และนมมาก ปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารตามธรรมชาติอาจถึง 1,000 มิลลิกรัมแล้ว แพทย์จึงไม่อนุญาตให้เติมเกลือได้อีกเลย

ส่วนการจำกัดโซเดียมระดับที่ต่ำกว่าวันละ 1,000 มิลลิกรัม ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

ส่วนโปแตสเซียมให้ผู้ป่วยจำกัด 2 กรัม/วัน เพราะการทำไตจะล้าลิสไม่ค่อยมีประสิทธิภาพในการกำจัดโปแตสเซียมได้เท่าที่ควร ยิ่งฤดูกาลที่มีผลไม้มากอาจจะมีปัญหาในการควบคุมอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง และเรื่องที่ต้องระวังก็คือภาวะกรดในร่างกายซึ่งจะทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงได้เช่นเดียวกับภาวะอัลโดสเทอโรนต่ำ (Hypoadosteronism) และภาวะที่มีปัสสาวะออกน้อย

อาหารที่โปแตสเซียมสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ และนม ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง น้ำต้มเนื้อ น้ำนมสด (ดวงมณี วิเศษกุล 2523: 127)

ผลไม้บางชนิดที่มีโบแทสเซียมสูงได้แก่ กล้วย อะโวคาโด ผลไม้แห้ง  
พวกลูกพรุน ลูกเกด

น้ำผลไม้ที่มีโบแทสเซียมสูง ได้แก่ น้ำมะเขือเทศ น้ำลูกพรุน โโกโก้  
น้ำส้มคั้น น้ำสับปะรด กาแฟ โคลา เบปซี่ (เขมรส์มี บานชื่น 2526: 16)

ผักที่มีโบแทสเซียมสูง เช่น ผักคะน้า หัวผักกาดแดง แครอท ขึ้นฉ่าย  
ผักขม ผักชี และถั่วเมล็ด

สำหรับในกรณีของผู้ป่วยมีระดับโบแทสเซียมในร่างกายต่ำ ควรแนะนำให้  
ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมในรูปของน้ำส้มคั้น น้ำมะเขือเทศ น้ำคั้นเนื้อ น้ำนมสด (ดวงมณี วิเศษกุล  
2523: 127)

2.3 การจำกัดเกลือฟอสฟอรัส ยิ่งไตเสียหายที่มากเพียงใดยิ่งต้องควบคุม  
ระดับฟอสฟอรัสให้มากขึ้นเท่านั้น ในระยะก่อนทำไตอะลลิซิส จะต้องมีการจำกัดอาหารที่มี  
ฟอสฟอรัสสูงเป็นพิเศษ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ยาลดปริมาณฟอสฟอรัสในทางเดินอาหาร ได้แก่  
อะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ ถ้าใส่จะช่วยจำกัดฟอสฟอรัสส่วนเกินออกจากร่างกายไปบออุจจาระ

อาหารที่มีฟอสฟอรัสที่ควรหลีกเลี่ยงหรือลดการบริโภค

ช็อกโกแลต หรือโกโก้

ผลิตภัณฑ์จากนม

ผลไม้แห้งและผัก

เนื้อสัตว์ป่า ปลากระป๋อง

เนื้อสัตว์ (จำนวนมาก ๆ)

ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว

ขนมปัง

2.4 ความต้องการพลังงาน ผู้ป่วยต้องได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานอย่าง  
เพียงพอ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ร่างกายไปสลายโปรตีน เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานแทนไขมัน  
ภาวะอะนาบอลิซึม (anabolism) จะช่วยเสริมให้มีการนำเอาใยเรียมมาใช้ใหม่ในการสังเคราะห์  
โปรตีนที่ไม่จำเป็น ดังนั้นในวันหนึ่ง ๆ ผู้ป่วยควรจะได้รับพลังงาน 35 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1  
กิโลกรัม พลังงานดังกล่าวสามารถหาได้จากอาหารที่มีโปรตีนและเกลือแร่ต่ำ แต่ให้พลังงาน

### 3. การบริหารสารน้ำ

ในการควบคุมน้ำในร่างกายแต่ละวัน จะถือหลักว่าจะยอมให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ไม่เกิน 1-1.5 กิโลกรัม ในช่วงระหว่างการทำไตodialysis แต่ละครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถบริโภคน้ำได้วันละ 500-1000 มล. บวกกับน้ำในจำนวนที่เท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ถ่ายออกใน 1 วัน

การควบคุมน้ำ บางครั้งก็เป็นเรื่องลำบากหรือไม่ได้ผล วิธีหนึ่งที่จะจัดการได้ในเรื่องนี้ก็คือการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ภาษาบรรจุน้ำดื่มใช้เฉพาะตนเอง โดยให้เติมน้ำในตอนเช้าของทุกวัน เท่ากับจำนวนที่คำนวณได้ ผู้ป่วยจะต้องดื่มน้ำจากภาษานี้เท่านั้น ถ้าหากผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มอื่น ๆ นอกเหนือจากน้ำจะต้องดื่มน้ำออกจากภาษาบรรจุน้ำดื่มของตนเอง เท่ากับปริมาณเครื่องดื่มที่ดื่มไป เพราะฉะนั้นผู้ป่วยก็จะสามารถมองเห็นได้ว่าน้ำที่เหลือในภาษานี้มีเหลือเท่าใดที่ยังสามารถจะดื่มได้ในวันนี้

ยังมีอีกหลายวิธีที่จะช่วยระงับความกระหายน้ำได้ ซึ่งวิธีนี้ได้มาจากผู้ป่วยได้แนะนำไว้ เช่น พริกผลไม้มะเข้เย็น ผลไม้กระป๋อง เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยระงับความกระหายได้ นอกจากนั้นน้ำผลไม้ โซดาแช่เย็น แม้จะดื่มในจำนวนน้อยแต่จะสามารถทนต่อความกระหายได้มากขึ้น

ในผู้ป่วยไตวายที่ไม่มีภาวะปัสสาวะน้อย/ไม่มีปัสสาวะเลย ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำ เพราะการจำกัดน้ำในผู้ป่วยพวกนี้อาจทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำและทำให้ไตเสียหายที่เพิ่มขึ้น (เชมรลัม บานชื่น 2525: 15)

### 4. การรับประทานยา

เนื่องจากการทำไตodialysis ไม่สามารถที่จะแก้ไขภาวะผิดปกติได้ทั้งหมด ดังนั้นการใช้ยาจึงยังคงมีความจำเป็นเพื่อช่วยควบคุมอาการผิดปกติอีกหลายประการ ซึ่งผู้ป่วยควรจะทราบฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลจากการใช้ยา ยาที่ใช้กับผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่

4.1 ยาเกี่ยวกับหัวใจ ไคแกล่ คิจิทาลิส จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวาย เนื่องจากทำไตodialysis ช่วยไม่ได้ แต่การใช้ต้องระวังเป็นอย่างมาก ถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะ

โปแตส เชื่อมจะทำให้เกิดพิษจากคิงทาลิสได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการสอนให้มีความรู้เกี่ยวกับพิษของยาชนิดนี้ด้วย

4.2 ยาลดความดันโลหิต ไตแก่ ไตอะ ซอกไซค์ กัวนิติน ไฮดรอลาซิน เมทิลโดปา รีเซอบิน อินเคอรอล ตัวใดตัวหนึ่งเป็นต้น ส่วนมากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักจะมีภาวะความดันโลหิตสูงได้ด้วยกลไกหลายประการ รวมทั้งภาวะน้ำคั่งด้วย

4.3 วิตามิน ไตแก่วิตามินรวมและกรดโฟลิกให้เป็นการทดแทน เนื่องจากวิตามินที่ละลายน้ำจะถูกไตอะลลิซิส (Dialyse) ไปด้วย

4.4 สารที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง ไตแก่ ธาตุเหล็ก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอันเนื่องมาจากโรคไต การเสียเลือดไปจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมอาจเกิด Hemochromatosis ได้ เนื่องจากการได้รับเลือดบ่อยครั้ง และการได้รับธาตุเหล็กทดแทนซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มี Hemochromatosis antigen (C. Guereda, et al. 1987: 104)

4.5 ค่าง ไตแก่ โซเดียมไบคาร์บอเนตให้เป็นบางครั้ง เพื่อเป็นการรักษาแบบประคับประคอง คือช่วยลดภาวะความเป็นกรดในร่างกาย

4.6 แคลเซียม ไตแก่ แคลเซียมคาร์บอเนตในกรณีที่มีภาวะแคลเซียมในร่างกายต่ำ

4.7 ยาระบาย ไตแก่ มิลเนอรอลอยส์ไดออกไซด์ โซเดียมซัลโฟซัคซิเนต เนื่องจากผู้ป่วยไทรียาลดกรดทำให้มีอาการท้องผูก

4.8 แอนตาซิด (Antacid) ใช้เพื่อไปจับกับพอสฟอรัสในทางเดินอาหารไม่ให้ลำไส้ดูดซึม เนื่องจากผู้ป่วยมีพอสฟอรัสในเลือดสูงอยู่แล้ว

## 5. การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ไตแก่

5.1 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการต่อหลอดเลือดแดง-ดำภายนอก (External A-V shunt) ผู้ป่วยควรได้รับการสอนดังนี้คือ

### สิ่งที่ควรปฏิบัติ

(1) ดูแลความสะอาดของแผลด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลแนะนำ

(2) สังเกตการอุจคั้นบ่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่นอน การนอนตะแคงทับแขนข้างที่ท่อหลอดเลือดเอาไว้ มักจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุจคั้นในท่อหลอดเลือด (canular) เพราะฉะนั้นจึงไม่ควรนอนตะแคงทับมาทางแขนข้างที่ท่อหลอดเลือดเอาไว้

การตกตะกอนซึ่งเป็นสาเหตุของการอุจคั้น สังเกตได้จากการแยกชั้นของเม็กลีคและพลาสมา มีการเกิดไฟปรีน เป็นก้อนสีขาว จับคู่จะมีความรู้สึกเย็น และไม่สามารถสัมผัสความรู้สึกที่ปลายท่อนการ เต้นของซีพิจรจากท่อหลอดเลือด

(3) สังเกตอาการของการติดเชื้อ เช่น บวม แดง ร้อน มีหนอง ปวด

(4) มีตัวหนีบติดด้วยตลอดเวลา เพื่อใช้เวลาถูกเติมเช่นสายยาง แคนูลาร์ (Canular) หลุดออกจากกัน หลังจากหนีบท่อหลอดเลือดแล้วจึงต่อท่อเข้าด้วยกัน ถ้าท่อไม้ไค้หนีบท่อไว่ก่อน และพยายามรักษาความสะอาดของปลายท่อไว้ โดยการปิดไว่ด้วยก๊อชที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้วปล่อยตัวหนีบทุก 3 นาที เพื่อป้องกันการอุจคั้น แล้วให้รีบไปโรงพยาบาลทันที

(5) แจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลห้องไตเทียมทราบทันทีเมื่อเกิดการอุจคั้นเมื่อท่อหลอดเลือดหลุด หรือมีเลือดออกมาก

(6) รับประทานยาเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดตามแพทย์สั่ง

(7) พยายามให้ท่อหลอดเลือดอยู่ในลักษณะที่ดีและเหมาะสม

(8) ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ในเวลาอาบน้ำหรือว่ายน้ำ ถ้าจะว่ายน้ำควรว่ายน้ำในช่วงเวลานั้น ๆ เท่านั้น

(9) ถ้าผ้าก๊อชปิดแผลเปียกให้เปลี่ยนใหม่ทันที

### สิ่งที่ห้ามทำ

(1) ห้ามวัดความดันโลหิตแขนข้างที่ทำ

(2) ห้ามเจาะเลือดหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่แขนหรือขาข้างที่ท่อหลอดเลือดเอาไว้

(3) ห้ามใช้พลาสติกหรือที่สายแคนูลาร์ (ให้ใช้เทปกระดาษแทน)



- (4) ห้ามใช้กรรไกรโกน ๑ สายแชนูลาร์
- (5) ห้ามแกะหรือเกาบริเวณรอบ ๑ แผล
- (6) ห้ามคัตปลายหรือกระทำการใด คอสายแชนูลาร์
- (7) ห้ามดึงหรือหมุนสายแชนูลาร์
- (8) ห้ามนอนตะแคงทับคานที่ต่อ shunt ไว้
- (9) ถ้ามี shunt ที่ขา ห้ามนั่งไขว่ห้าง
- (10) ห้ามลงอาบน้ำในอ่าง เพราะเชื่อโรคจากน้ำที่สกปรกจะทำให้เกิด

การติดเชื้อที่แผลได้

5.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการต่อหลอดเลือดแดง-ดำภายใน (Internal A-V shunt)  
ผู้ป่วยควรได้รับการสอนดังนี้

#### สิ่งที่ต้องปฏิบัติ

- (1) ตรวจสอบความรู้สึกหู (buzz) ที่บริเวณที่ต่อหลอดเลือดภายใน  
เอาไว้ทุก ๆ 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะเวลานอน
- (2) ทำความสะอาดแขนข้างที่ต่อหลอดเลือดเอาไว้ทุกวันด้วยสบู่
- (3) ใช้ผ้าทำแผลกดตรงรอยเข็มแทงไว้อย่างน้อย 4 ชั่วโมง หลังทำ  
ไตเทียมเพื่อป้องกันเลือดออก
- (4) ทาครีมป้องกันผิวหนังบริเวณแขนหรือขาข้างที่ต่อหลอดเลือดไว้ไม่ให้

ผิวหนังแตก

(5) ใช้น้ำแข็งประคบโดยเร็วที่สุด ถ้าหากเกิดการบวมจากการมีเลือด  
คั่งภายใน คือมีอาการปวด มีลักษณะเป็นก้อนคล้ายอยู่ภายในผิวหนังรอบๆ รอยเข็มแทง เนื่องจาก  
มีเลือดคั่งอยู่ภายใน หลังจากใช้น้ำแข็งประคบบ่อย ๆ ภายใน 12 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนไปใช้น้ำอุ่น  
ประคบเป็นเวลา 2-3 วัน

(6) ให้อาบน้ำตามแพทย์ ถ้าหากบริเวณรอยเข็มแทงเกิดการร่อน แดง  
มีเลือดออกภายในหรือเกิดการติดเชื้อ

(7) ถ้ามีเลือดออกจากรอยเข็มแทง ให้ใช้ผ้าพันแผลกดปากแผลไว้ ถ้า  
ไม่หยุดภายใน 30 นาที จะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ห้องไตเทียมทราบ และขณะที่กดแผลไว้ จะต้อง

แน่ใจว่ายังมีควมรู้สึกถึงชีพจรที่ตรงจุดคอหลอดเลือดคนน้อย ถ้ากดไว้นานเกินไป จะทำให้เลือดแข็งตัวจะเกิดการอุดตันขึ้น

(8) ในบางกรณีแพทย์อาจสั่งให้ปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เพื่อช่วยขยายหลอดเลือดดำ (ของ shunt) ให้โป่งพองมากขึ้น ในกรณีที่ทำหน้าที่บริเวณแขน โดยการรีดแขนด้วยลูกบอลยางเป็นเวลา 15 นาที วันละ 2-3 ครั้ง อาจจะทำเวลาที่กำลังดูทีวี หรืออ่านหนังสืออยู่ อีกวิธีหนึ่งที่ใช้ได้คือ ใช้สายยางรัดแขนเป็นเวลา 5 นาที หลาย ๆ ครั้ง และอาจใช้ลูกบอลยางรัดไปด้วยก็ได้ ที่สำคัญคืออย่าลืมลดยสายยางที่รัดไว้เกิน 5 นาที

#### สิ่งที่ห้ามทำ

- (1) อย่านอนทับแขนข้างที่ทำการคอหลอดเลือดไว้ เพราะจะเกิดผลโดยตรงคือทำให้เกิดแรงดันใน shunt สูง
- (2) ไม่อนุญาตให้ใครเจาะเลือดหรือให้น้ำเกลือ หรือฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำที่แขนข้างนั้น
- (3) ไม่อนุญาตให้ใครวัดความดันโลหิตที่แขนข้างที่มี shunt เพราะจะทำให้การไหลของเลือดช้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการอุดตัน
- (4) ห้ามสะกิดบริเวณรอยเข็ม
- (5) ห้ามสวมเสื้อแขนคับ ๆ หรือสวมแหวนแน่น ๆ ที่แขนข้างที่มี shunt
- (6) ห้ามเล่นกีฬาหนัก ๆ เช่นฟุตบอล ยกเว้นว่าจะมีการป้องกันเป็นพิเศษแล้วเท่านั้น ถ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ให้ปรึกษาทีมผู้ดูแล การว่ายน้ำอาจได้รับอนุญาตให้ทำได้ (Helkelman and Ostendrarpe 1977: 140-144)

5.3 อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่พบได้ในผู้ป่วย เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกในข้อ ปวดบวม ประจำเดือนออกมากผิดปกติ ผู้ป่วยต้องแจ้งให้ผู้ดูแลทราบโดยด่วน เพื่อจะได้รับการรักษาตามอาการได้ทันที่

#### 4. ความหวังและความเข้มแข็งในผู้ป่วยเรื้อรัง

ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมนั้น จะต้องประสบปัญหาทางด้านร่างกายซึ่งล้วนแต่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งที่ได้กล่าวไปแล้ว ปัญหาที่สำคัญอีกด้านหนึ่งก็คือด้านจิตสังคม และปัญหาที่พบบ่อยมี 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความคับ

ข้องใจเกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัย ความไม่เป็นอิสระและการที่จะต้องถูกผูกมัดอยู่กับเครื่องไตเทียม และการที่มักจะต้องเผชิญอยู่กับภาวะเสี่ยงต่อชีวิตในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกอ่อนเพลียและไม่รู้สึกสบาย ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่เฉพาะหน้าคือ หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำที่เตรียมไว้สำหรับการเข้าเครื่องไตเทียมแต่ละครั้ง บริเวณนี้จะมีลักษณะปูดโปนเหมือนเส้นเลือดชอก เมื่อจับจะมีการสั่นสะเทือนฟู ๆ ตามชีพจรตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ในการทำไตเทียมต่าง ๆ ซึ่งจะคอยย้ำเตือนผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาว่าเขาไม่ใช่ตัวของตัวเองอีกต่อไปแล้ว นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบทบาทในสังคมและหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ ก็เหมือนจะเปลี่ยนไปหมด การเปลี่ยนแปลงในเรื่องการมีสัมพันธ์ภาพทางเพศกับคู่สมรสเป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ความต้องการที่อยากเป็นอิสระของผู้ป่วยจะถูกคุกคามด้วยการที่จะต้องถูกผูกมัดอยู่กับเครื่องไตเทียมและทีมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัญหาทางด้านอารมณ์อื่น ๆ ที่พบคือ ความต้องการที่จะเป็นหลักเป็นฐาน ปลอดภัย สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ช่วยตนเอง ความภูมิใจ การติดต่อสื่อสาร ความเครียดในชีวิตสมรส และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและเพื่อนฝูง เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังใจ ปัญหาที่ตามมาอาจจะทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการกอดตัวนิบาตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา สูงเป็น 100 เท่า ของคนทั่วไป (Luckmann and Soresen 1980 : 1005-1006)

แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง เศร้าโศก และกลัวตาย ฮาลเปอร์ (Halper 1971 : 180) กล่าวว่าผู้ป่วยยังมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าที่จะตาย และหวังจะ เอาชนะความท้อแท้และสิ้นหวังได้ ดังนั้นในผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีทั้งความหวังและความซึมเศร้าในขณะเดียวกัน

### ความหวังกับผู้ป่วยเรื้อรัง

มนุษย์ตอบสนองต่อการกระตุ้นจากปัจจัยต่าง ๆ หลายๆ แหล่ง เช่น อารมณ์ เจ็บปวด ไขทางสรีรวิทยา หักสนคติ การรับรู้จากผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยนั้นโดยตัวของมันเองก็เป็นสิ่งกระตุ้นประการหนึ่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสิ้นหวังมี 2 ประการ คือ 1) มีสิ่งคุกคามจากภายในตัวผู้ป่วยเอง 2) การรับรู้ของผู้ป่วยจากแหล่งภายนอกเช่น สิ่งแวดล้อมและบุคคลภายในสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ (Roberts 1976 : 161-172)

## 1. สิ่งคุกคามภายในตัวผู้ป่วย

สิ่งคุกคามภายในตัวของผู้ป่วย ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อสำนึกในความเป็นตัวของตัวเอง ความภูมิใจในตนเอง ความเป็นอิสระ ความแข็งแกร่ง และความมั่นคง ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกสิ้นหวัง หากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเสียไปส่วนใดส่วนหนึ่ง ถ้าเป้าหมายของตนเองที่มีอยู่ เกิดความขัดแย้งหรือถ้าบุคคลอื่นเป็นที่รักต้องพลัดพรากจากกันไป บุคคลอาจจะสิ้นหวังเมื่อหน้าที่ของตนเองเสียไปหรือมีปัญหา ซึ่งอาจมีความรู้สึกว่าตนเองจะไม่ได้สิ่งที่สูญเสียไปกลับคืนมาอีกแล้ว อาจจะกลัวว่าตนเองจะถูกบังคับให้สละ ในสิ่งที่มีมีความสำคัญต่อจิตใจ บุคคลนั้นจะสูญเสียความหวังและหมดหนทาง ตามปกติแล้วผู้ป่วยที่มีความหวังจะปฏิเสธที่จะล้มเลิก จนกว่าจะไม่มีหนทางหลีกเลี่ยง บุคคลนั้นจึงยอมรับสภาพการณ์นั้นและตระหนักในความสามารถที่จะหลุดพ้นไปได้ แต่ก็ทราบดีว่าความช่วยเหลือกำลังจะมาถึงและจะได้รับความช่วยเหลือตามที่ปรารถนาหรือหวังได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะยอมจำนนต่อความสูญเสียที่กำลังเกิดขึ้นเข้ามาอันได้แก่การสูญเสียความมั่นคงและสูญเสียชีวิต

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมไตเคยมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกสิ้นหวังทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียและเรื่องของเวลา ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญต่อชีวิตของตนเอง แต่เครื่องไตเทียมก็เป็นสิ่งที่ช่วยทำงานแทนไต ในเวลานี้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีความหวังอยู่เต็มเปี่ยม แต่เวลาก็เป็นศัตรูที่สำคัญที่สุด การที่ต้องประสบกับการถูกแยกและการรอคอย การเน้นเกี่ยวกับเวลาในแต่ละวันจะก่อให้เกิดผลในคาบหลบ เพราะผู้ป่วยจะต้องเสียเวลาไปกับการถูกผูกมัดอยู่กับเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าทั้งหมดทั้งมวลในตัวเองถูกทำลายลง ร่างกายเหมือนถูกแขวนอยู่กับความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา และไม่มีทางที่จะช่วยเหลือได้ ตามปกติแล้วผู้ป่วยยอมเกิดความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อตระหนักถึงความไม่มั่นคงทางสรีรภาพ แต่ถ้าวินิจฉัยยอมจำนนต่อความรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ป่วยก็จะสูญเสียความคิดที่จะหาหนทางและแรงจูงใจของตนเองไป

แรงจูงใจมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการฟื้นฟูเป็นอย่างยิ่ง (Stotland) ไตกล่าวไว้ว่าแรงจูงใจเป็นหน้าที่ในทางบวกของการรับรู้ว่ามีโอกาสบรรลุเป้าหมาย และรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมาย สิ่งที่จะบ่งชี้ถึงแรงจูงใจก็คือการกระทำของสิ่งมีชีวิต ทั้งที่เป็นการแสดงออกและที่เป็นความรู้ความเข้าใจต่อการที่จะบรรลุเป้าหมาย การกระทำ

เหล่านี้รวมถึงการมีความตั้งใจที่คิดเกี่ยวกับทิศทางของสิ่งแวดล้อมที่รับรู้ว่าเป็นเป้าหมาย เป้าหมายของผู้ป่วยเป็นการตัดสินใจที่สำคัญยิ่งต่อตนเองที่จะเกิดแรงจูงใจ ผู้ป่วยจะต้องเชื่อว่าการกระทำของตนเองจะก่อให้เกิดผลดี เป้าหมายของผู้ป่วยคือการมีสุขภาพดี ถึงแม้จะตระหนักดีว่าที่จริงแล้วย่อมขึ้นอยู่กับประเภทของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้น และทั้งที่ผู้ป่วยเองอาจจะไม่เคยกลับไปสู่สภาพความทุกข์สบายในระดับนั้นเลยก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังหวังเช่นนั้นต่อไป ผู้ป่วยอาจจะมีแรงจูงใจสูงมากเพื่อที่จะประสบความสำเร็จในเป้าหมาย ถึงแม้ว่าจะมีความหวังว่าจะประสบความสำเร็จเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นเป้าหมายจะยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเท่าที่การเจ็บป่วยยังคงที่อยู่ในระดับเดิม ผู้ป่วยก็ยังมีความหวังต่อไป ความหวังในการบรรลุเป้าหมายจะกลายเป็นทรัพยากรภายในตนเอง เป้าหมายของผู้ป่วยจะเป็นจริงยิ่งขึ้นเมื่อพบว่าผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เป็นผลไปในทางบวก ประสบการณ์เช่นนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยังมีความหวังมากขึ้น

## 2. การรับรู้ต่อแหล่งภายนอก

แหล่งภายนอกประกอบด้วยสภาพแวดล้อมและบุคคลอื่น ๆ บุคคลที่คอยแนะนำและวางแผนการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนด้วยการรับรู้ของผู้ป่วยจากแหล่งภายนอก อาจจะเป็นไปอย่างที่คุณต้องการจะรับรู้ ตามที่ฮาดเลย์ (Hadley) ได้กล่าวไว้ว่า "ความเป็นมนุษย์คือความหวังที่พระเจ้าประทานพรมาให้ เพื่อให้จิตใจสงบไม่ทรมานท้อ และไม่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้" ลักษณะของมนุษย์จึงเป็นดังที่กล่าวมาแล้ว นั่นคือมนุษย์มักจะไม่พอใจและไม่รู้จักคำว่า "เต็ม" สำหรับการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม คุณเหมือนมนุษย์จะมีความหวังต่อไปว่าโลกที่เขาเผชิญอยู่จะตรงกับความฝันของเขา มากขึ้นและมากขึ้น รวากับว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่ตนประสงค์ต่อไปเรื่อย ๆ ในขณะที่ความฝันนั้นคุณเหมือนจะสวนทางกับความเป็นจริงต่อไปเรื่อย ๆ เช่นกัน

คนทั่วไปมักจะทึกทักเอาว่าผู้ป่วยที่รู้ดีว่าความตายกำลังรอคอยอยู่ข้างหน้า จะไม่มีความหวังต่อไปอีกแล้ว เทเลอร์ (Taylor and Gideon 1982: 43-45) กล่าวว่า เป็นความเข้าใจที่ผิดเพราะจากการที่เทเลอร์ได้ศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยยังคงมีความหวังต่อไปตราบนานเท่าที่ผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่ งานของพยาบาลคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังที่มีโอกาสจะเป็นไปได้ และช่วยให้ผู้ป่วยหาโอกาสที่จะเป็นไปได้นั้นให้เป็นความจริง

ในเบื้องต้นแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าตนเองนั้นเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ความหวังที่อยู่เหนือความหวังใด ๆ ก็คือ ความหวังที่ว่าโรคนั้นคงจะสามารถรักษาให้หายได้ แม้ว่า การดำเนินของโรคจะเป็นไปเช่นไร ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวก็ยังคงยึดถืออย่างตื้อคั่งที่จะมีความหวังว่าโรคของผู้ป่วยอาจจะสามารถรักษาให้หายได้ ด้วยอิทธิฤทธิ์ของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ

### ความซึมเศร้ากับผู้ป่วยเรื้อรัง

ความซึมเศร้า เกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเรื้อรัง หรือเมื่อบุคคลที่พหุผลกระทบที่จะใส่พลังใจให้กับความพยายามที่ไม่เกิดผล ในการฟื้นฟูสภาพจากความสูญเสีย และปล่อยตัวเองให้รู้สึกว่างเปล่าจากสิ่งที่เกิดจากความสูญเสียนั้น สำหรับบุคคลที่มีประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากเจ็บปวด กระวนกระวาย และซึมเศร้า บุคคลนั้นจะคิดและพูดว่า "ฉันควรจะจัดการอย่างไรดี" ความตระหนักและความย่ำคิดทำให้เกิดความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์ ความหวังถูกคุกคาม ในขณะที่การมองสถานการณ์ในแง่ลบค่อย ๆ คืบคลานเข้ามาสู่การรับรู้ของบุคคล บางครั้งบุคคลก็ไม่สามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเผชิญหน้ากับความสูญเสียมาใช้ประโยชน์ได้เลย และอารมณ์มักจะอยู่เหนือเหตุผล การร้องไห้เป็นเรื่องปกติ ความจำเกี่ยวกับสิ่งที่เคยเป็นอยู่แต่ก่อนยิ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้า และบุคคลนั้นอาจจะร้องไห้อย่างเปิดเผยต่อสิ่งที่สูญเสียไป พฤติกรรมที่รวบรวมกำลังและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติมักจะเกิดขึ้น และมองเห็นได้ชัดในช่วงระหว่างระยะช็อก (shock) และระยะไม่เชื่อ (disbelief) ซึ่งจะแทนที่ด้วยความวิตกกังวล ความยุ่งยากสับสน และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตัดสินใจอย่างเสียไม่ได้ การสอนหรือการอธิบายสิ่งใดให้แกผู้ป่วยจะต้องให้ช้าแล้วช้าอีก ผู้ป่วยจึงจะเข้าใจ แต่บางรายอาจจะไม่เข้าใจได้เลยว่าอะไรคือสิ่งที่คาดหวัง หรือสิ่งที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจะบ่นปวดและไม่สุขสบายมากขึ้นในขณะเดียวกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าก็มากขึ้นเช่นกัน อาจจะมีอาการแสดงออกถึงความคับข้องใจและความโกรธ เป็นการตอบสนองต่อข้อจำกัดที่ถูกบังคับจาก ความบกพร่องและความเสียหายของอวัยวะ

เมื่อผู้ป่วยจะต้องเผชิญหน้ากับความจริงเกี่ยวกับความพหุผลกระทบ และความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยอาจจะมีโอกาสเกิดความซึมเศร้าขึ้นในระดับใดระดับหนึ่ง ถึงอย่างไรก็ตาม ความซึมเศร้าในระดับรุนแรง อาจจะทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะเฉื่อยซึม (Apathy) และแยกตัวจากครอบครัว สังคม เพื่อนฝูง และทีมสุขภาพ ผู้ป่วยบางรายอาจจะแสดงออกโดยการพูดที่แสดงถึง

ความหมกหมอง สับสนรู้สึกไร้ค่า สิ่งสำคัญที่สุดคือ คำนที่เกี่ยวกับตนเองได้แก่ ความเป็นเอกลักษณ์ บทบาท และสัมพันธภาพ ความสนใจและความร่วมมือในการดูแลตนเองจะลดลง รูปแบบการกิน การนอนหลับพักผ่อนจะถูกรบกวนอย่างมาก บุคคลเหล่านี้มักจะหันไปสนใจกับอาการแสดงทางกายซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องใหญ่นั้นจนเกินไป และจริงจังกับอาการเจ็บปวดและความไม่สุขสบายกับอาการทางกายเหล่านั้น (Haber and others 1987: 910)

ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนั้น มักจะพบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดคือ ความซึมเศร้าซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากความเศร้าโศก หรือการสูญเสียอย่างสำคัญของชีวิต และการสูญเสียเบื้องต้นก็คือ การสูญเสียสุขภาพส่วนบุคคลทำให้เกิดผลทางด้านจิตใจและพฤติกรรมที่ตามมา คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้ในทางลบต่อตนเอง ความขัดแย้งต่อการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและสำนึกในความหมกหมอง (Kasch 1984: 15)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เดอนัวร์ (De-Neur) และ แซคซกี (Czaczkes) ได้ศึกษาถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไตเทียม โดยศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับอาหาร ปัญหาทางด้านร่างกาย และปัญหาทางด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไตเทียมระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พบว่าปัญหาทางด้านร่างกายด้านเดียว เท่านั้นที่การรับรู้สอดคล้องกัน ส่วนปัญหาด้านอารมณ์และปัญหาเกี่ยวกับอาหาร ผู้ป่วยกับพยาบาลรับรู้ไม่สอดคล้องกัน (Friedrich 1980: 252)

ปาร์คเกอร์ (Parker 1981: 334-336) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำไตเทียม และระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยไตเทียม โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้จำนวน 43 คน จากผู้ป่วยจำนวน 175 คน เขาได้วัดระดับความวิตกกังวลด้วยแบบวัด Stat-Trait Anxiety Inventory ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger and others) ปาร์คเกอร์ได้คัดเลือกเอาผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความวิตกกังวลค่า 10 คน และระดับความวิตกกังวลสูง 10 คน หลังจากนั้นศึกษาติดตามผู้ป่วยเหล่านี้เป็นระยะเวลา 2 เดือน หรือจากการทำไตอะลย์ซิส 454 ครั้ง ทำการสังเกตภาวะแทรกซ้อนในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ขณะที่มาตรวจตามแพทย์นัด และที่ถึงแก่ชีวิตในระหว่างการทำไตเทียม ซึ่งได้ทำการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นดังนี้ ภาวะความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ภาวะน้ำเกิน การติดเชื้อของบริเวณ shunt การอุดตันของ

shunt เลือดกำเดาไหล อาการปวด ผื่นคัน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และอาการปวดศีรษะ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทุกอย่างยกเว้นเรื่องความดันโลหิตต่ำ ในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2524: 72) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา รายได้และความรู้เกี่ยวกับเรื่องเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แคมเบลล์ (Campbell 1987: 4821-4822) ได้ทำการศึกษาถึงความสิ้นหวังและความไม่มั่นใจต่อผลการทำนายการปรับสภาพจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง และเพิ่งได้รับทราบว่าเป็นโรคนี้ 2-3 เดือนก่อนทำการรักษา จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษามี 61 คน และบุคคลสำคัญในชีวิตผู้ป่วย จำนวน 58 คน โดยใช้แบบรายงานตนเอง (Self report) ซึ่งประกอบด้วย Beck Hopelessness Scale, Mishel's Uncertainty in illness Scale และ Derogatis' Psychosocial adjustment to illness Scale จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นบุคคลสำคัญของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความไม่มั่นใจจะช่วยทำนายการปรับทางค่านจิตใจของผู้ป่วยและ 3 ใน 7 มิติสำหรับบุคคลสำคัญในชีวิตผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง และยังพบว่าระดับความสิ้นหวังและความไม่มั่นใจมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับการปรับทางค่านจิตใจของผู้ป่วย และยังมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับประสบการณ์ในความสิ้นหวังและประสบการณ์ความไม่มั่นใจของผู้ป่วย และบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

สโตนเนอร์ (Stoner 1983: 115) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยค้ำประกันด้านบุคคลและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพัฒนาและประเมินเครื่องมือวัดความหวัง และการสนับสนุนความรู้ โดยการใช้เหตุผลที่มีพื้นฐานจากงานวิจัยสำหรับการให้การพยาบาลที่จะมี



อิทธิพลต่อระดับของความหวัง ความตระหนักรู้การพยาบาลตามรูปแบบของ เฮอร์ราดและพาเทอร์สัน (Zderad and Paterson) และธรรมชาติของความหวังซึ่งอธิบายโดยมาร์เชลและลินช์ (Marcel and Lynch) ต่างก็สนับสนุนข้อบ่งชี้ทฤษฎีสำหรับการศึกษานี้ ซึ่งเชื่อว่า ความหวังเป็นปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ด้วยปัจจัยที่เป็นทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะมี อิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Coping ability) ความหวังวัด ได้โดยการประเมินจากการรับรู้ถึงความสำคัญและโอกาสที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ ตั้งไว้ โดยอาศัยทฤษฎีความหวังของสต็อคแลนด์เป็นแนวทางในการสร้างแบบวัด จากการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ป่วยชาวคอร์เคเซียน ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่จำนวนทั้งหมด 58 คน เป็นหญิง 34 คน และเป็นชาย 24 คน จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ยอมรับสมมติฐานที่ว่า ความหวัง สิ่งสนับสนุนทางสังคม ความเป็นหญิง และความเคร่งในศาสนา มีความสัมพันธ์กันในทางบวก และ ในขณะเดียวกันก็พบว่าความหวังและการมีโอกาสดีสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งคนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ กันในทางลบ และอย่างไรก็ตามความหวัง พบว่าความหวังและสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมี ความสัมพันธ์กันในทางลบ ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิ่งสนับสนุนความรู้ในการสร้างกรอบ แนวคิดทางการพยาบาลที่ต้องใช้ความหวังต่อไป

ราลีช (Raleigh) ได้ทำการวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ เจ็บป่วยด้วยปัญหาทางกาย ยังคงรักษาการมีความหวังไว้ได้ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโดย โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่ไม่คุกคามต่อชีวิต ปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจว่าน่าจะมี ความสัมพันธ์กับความหวัง ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนฝูง ความ เชื่อทางศาสนาหรือปรัชญา ผลจากการวิจัยพบว่าระดับความหวังกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภาย นอกตน ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่อทางศาสนาและสถานภาพสมรสมี ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านระบบสนับสนุนและกลยุทธ์ในการจัดการกับอุปสรรค จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยรายงานว่าความเชื่อทางศาสนาหรือการได้ปฏิบัติกิจทางศาสนามีประโยชน์ในการเผชิญกับ ความเจ็บป่วย และการได้คุยกับคนอื่น ๆ ช่วยให้สามารถรับมือกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (1980 : 1313-1314 B)