



วรรณคดีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการวิจัยเรื่องนี้ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน พบเฉพาะวรรณคดีและการวิจัยที่คล้ายคลึง พอที่จะประมวลจากในประเทศและต่างประเทศได้ดังนี้

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกและการรักษา

ความหมายของกลุ่มอาการเนฟโรติก

เกี่ยวกับความหมายของกลุ่มอาการเนฟโรติกมีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ กัน คือ

สง่า นิลวรังกูร หมายถึง "กลุ่มอาการของโรคหลาย ๆ ชนิดที่มีการเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ เป็นต้นเหตุของระดับโปรตีนในเลือดต่ำ ระดับโซเดียมต่ำ และมีการบวม"¹

¹สง่า นิลวรังกูร, Comprehensive Nephrology (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2519), หน้า 63.

ลักแมนและโซเรนเซน (Luckman and Sorensen) หมายถึง¹ เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากโรคต่าง ๆ ใกล้เคียงชนิด พบมากที่สุดคือ การอักเสบของถุงไต (Glomerulonephritis) หรือ ความผิดปกติของโรคที่เกิดแก่ร่างกายทุกระบบ เช่น เบาหวาน เอส แอดู อี (S.L.E.) อาการคือ จะมีการเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะจำนวนมากเป็นผลให้โปรตีนในเลือดต่ำลงและทำให้เกิดอาการบวม นอกจากนี้อาจพบว่ามีระดับไขมันในเลือดสูงและการพยากรณ์โรคขึ้นกับสาเหตุที่แท้จริง

เบรเนอร์ (Brenner)² อ้างถึงสไคเนอร์ (Schreiner) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เป็นพยาธิสภาพแบบหนึ่งที่มีสาเหตุใกล้เคียงประการมีลักษณะเฉพาะคือ มีการเพิ่มของการซึมผ่านของโปรตีนและไขมัน โดยผ่านส่วนกรองของไตและมีแนวโน้มว่าจะมีอาการบวม มีโปรตีนในเลือดต่ำและไขมันในเลือดสูง โปรตีนที่ซึมผ่านออกมาจะอยู่ระหว่าง 3.5 กรัมต่อวัน ตอบริเวณพื้นผิว 1.73 ตารางเมตรของหลอดเลือดฝอยของไตที่มีพยาธิสภาพ

ดังนั้นอาจสรุปความหมายของกลุ่มอาการเนโฟรติกได้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดฝอยของไต ซึ่งเกิดจากโรคใกล้เคียง ๆ ชนิด มีอาการสำคัญคือ มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะมากกว่า 3.5 กรัมต่อวันเป็นผลให้ระดับโปรตีนในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการบวมและยังเป็นผลให้มีระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น

¹Joan Luckman and Karen Creason Sorensen, Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiological Approach. 2nd ed. (Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1980), p. 798.

²Barry M. Brenner and Floyd C. Rector, The Kidney: Volume II. (Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1976), p. 987.

สาเหตุของกลุ่มอาการเนฟโรติก

สาเหตุของกลุ่มอาการเนฟโรติกที่แท้จริงไม่ทราบแน่ แต่สามารถแบ่งเป็นสาเหตุใหญ่ ๆ ได้ 2 ประการคือ¹

1. Primary Nephrotic Syndrome

2. Secondary Nephrotic Syndrome

1. กลุ่มอาการเนฟโรติกที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุและไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยมีพยาธิสภาพในหลอดเลือดฝอยของไต ทราบได้โดยการเจาะเนื้อไตไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Light microscopy) จะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางคานโครม สรางและหนาที่คั้งแคเล็กนอยจนถึงมากที่สุด ชนิดนี้พบได้มากถึง 60-70 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก² และพบมากที่สุด ในเด็ก ในผู้ใหญ่พบมากปานกลาง
2. สาเหตุเกิดจากโรคอื่น ๆ และมีผลต่อไต หรืออาจเกิดจากพิษของยาต่าง ๆ พบได้มาก ได้แก่ โรคเบาหวานที่ทำให้เส้นเลือดของหน่วยไตเล็ก ๆ แข็งตัว

(Diabetic Glomerulosclerosis) เอส แอล อี (Systemic Lupus Erythematosus) เส้นเลือดดำในไตจับตัวแข็ง (Renal Vein Thrombosis) เป็นต้น ชนิดนี้เป็นในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก³ ในเด็กพบน้อย

¹Barry M. Brenner and Floyd C. Rector, The Kidney:
Volume II. (Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1976), pp. 994-1012.

²สง่า นิลวารงกูร, Comprehensive Nephrology, หน้า 73.

³เรื่องเดียวกัน, หน้า 81.

การเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ

การเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะเนื่องมาจาก ความผิดปกติของโกลเมอรูลา เบสเมนต์ เมมเบรน (Glomerular basement membrane) ที่ยอมให้โปรตีนในเลือด ฝานออกไปจึงพบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะ โดยมากจะพบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะประมาณ 10-25 กรัมต่อวันและอาจสูงถึง 40-50 กรัมได้ เมื่อร่างกายเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ มากทำให้ระดับโปรตีนในเลือดต่ำหรือ เรียกว่า ซีรัมโปรตีน (Serum Protein) ต่ำ ซึ่งมีผลมากในเด็กเพราะในเด็กการทำลายโปรตีนมีมากกว่าปกติแต่การสังเคราะห์โปรตีน อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ซีรัมโปรตีนต่ำลงไปอีกได้ เมื่อระดับซีรัมโปรตีน ต่ำลง คอลลอยออสโมติก เพลซเซอร์ (Colloidal osmotic pressure) ของ พลาสมาจะต่ำกว่าในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial fluid) ทำให้น้ำและเกลือ ซีรัมออกมาจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนปรากฏเป็นอาการบวมขึ้นแก่ สายตา และอาการบวมนี้จะสัมพันธ์กับระดับของซีรัมโปรตีน¹ เช่น ถ้าระดับซีรัมโปรตีนต่ำ กว่า 1.6 กรัมเปอร์เซ็นต์จะพบว่าผู้ป่วยบวมทั้งตัวได้ ถ้าซีรัมโปรตีนต่ำประมาณ 1.8 กรัมเปอร์เซ็นต์จะมีอาการบวมเฉพาะหน้าแข้งและเท้า แต่ถ้ามียะดับโปรตีนในเลือด ประมาณ 3.0 กรัมเปอร์เซ็นต์ จะไม่พบอาการบวมเลย (ดูตามแผนผังที่ 1 ประกอบ)

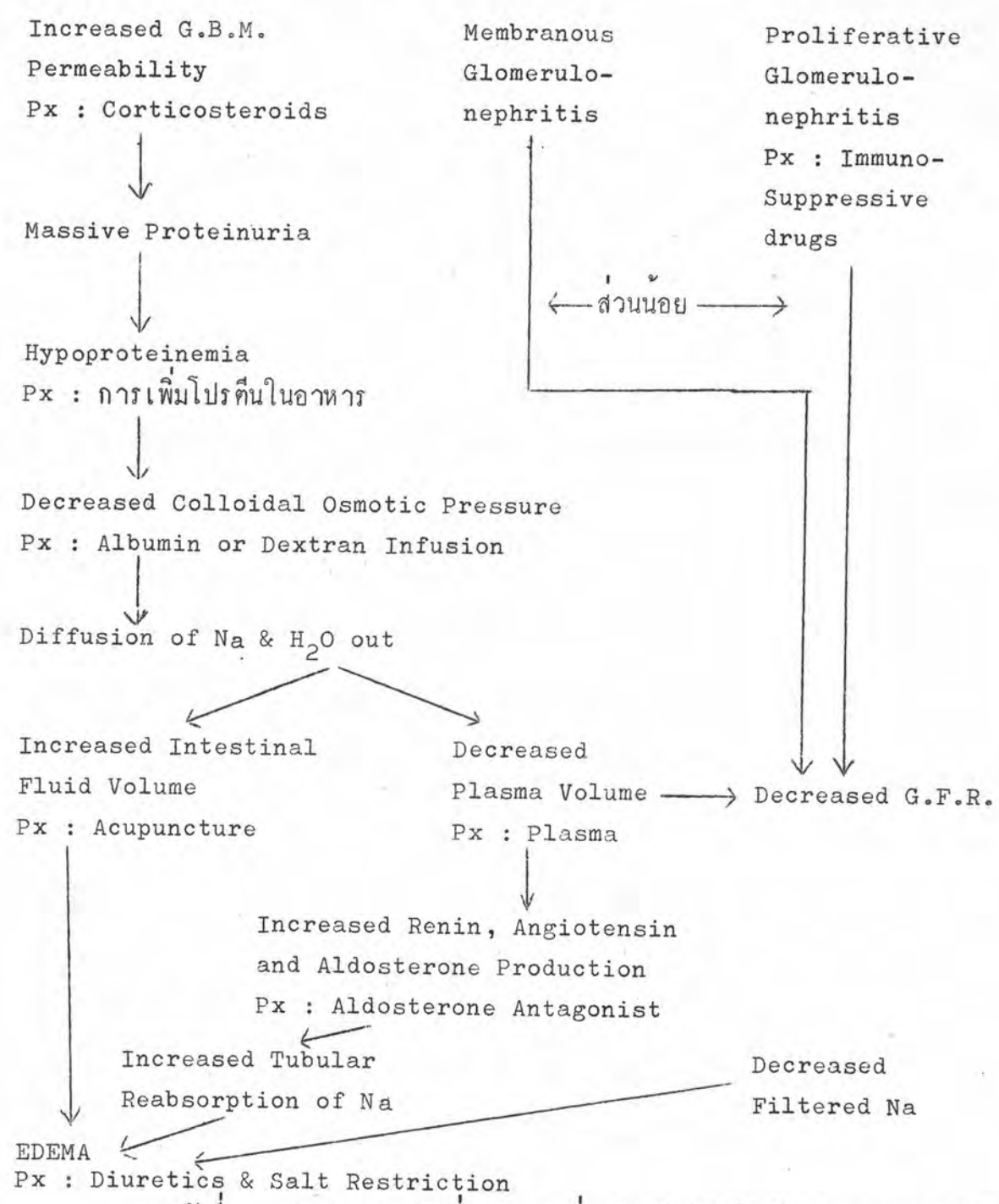
การที่ซีรัมโปรตีนต่ำลงมากส่งผล 2 ประการคือ²

1. ภาวะทุพการหลั่งฮอร์โมนแอลโดสเทอโรนมากขึ้น (Secondary Aldosteronism) ทำให้ไตสงวนเก็บโซเดียมไว้มากขึ้น ผู้ป่วยจะบวมมากขึ้นและร่างกายจะปล่อยโปแตสเซียมทางปัสสาวะมากขึ้น
2. ลดปริมาณของเลือดสู่ไต ทำให้การกรองโซเดียมลดลงจึงเกิดการคั่งของ

¹สง่า นิลวรางกูร, Comprehensive Nephrology หน้า 67.

²เรื่องเดียวกัน.

โซเดียมในร่างกายไค่ง่ายขึ้นและของเสียต่าง ๆ ก็คั่งค้างในร่างกาย



แผนผังที่ 1 แสดงผลการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโปรตีนในปัสสาวะมากและการรักษา¹

¹สง่า นิลวางกูร, Comprehensive Nephrology, 65.

ดังนั้น จึงพบว่าผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกที่มีอาการบวมมาก ๆ จะไม่ทนต่อการขาดโซเดียม เช่น ถ้าห้องเสียอย่างรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยช็อค (Shock) ได้ง่ายและถึงแก่กรรมได้จากการมีภาวะแทรกซ้อนคือ แอคคิว ทิวบูลา เนโครซิส (Acute Tubular Necrosis)

ระดับโซเดียมในเลือดสูง

ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเนฟโรติกจะพบระดับโซเดียมในเลือดสูงได้มากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่พบว่าระดับโซเดียมในเลือดจะสัมพันธ์กับระดับของซีรัมโปรตีน กล่าวคือถ้าพบวาระดับซีรัมโปรตีนสูงขึ้นด้วยเหตุใดก็ตามระดับโซเดียมในเลือดก็จะลดลงได้ แต่ถ้าวาระดับซีรัมโปรตีนต่ำลงระดับโซเดียมในเลือดจะสูงขึ้น การที่ระดับโซเดียมในเลือดสูงเช่นนี้ไม่มีผลกระทบต่อผลแน่นอน ดังที่ สง่า นิลวรานุกร กล่าวไว้ว่า "กลไกการเพิ่มขึ้นของโซเดียมในเลือดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อาจเป็นเพราะการสร้างเหล่านี้ขึ้นมาเพื่อเพิ่มออสโมลาลิตี (Osmolality) ของเลือดก็อาจเป็นได้"¹

อาการและอาการแสดงของโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก²

อาการและอาการแสดงของโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก มักแสดงอาการบวมที่หน้าตาตอนเช้า ตอนเย็นจะบวมที่หลังเท้า โดยอาการบวมจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น อาจบวมเต็มที่ภายในเวลา 2-3 สัปดาห์หรืออาจนานนับเป็นเดือน ๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติเลยสามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาหากบวมมากขึ้นจะมีน้ำในช่องท้อง กุ้งอัมตะจะบวมในสตรีมีครรภ์จะบวมที่อวัยวะเพศได้มากกว่าสตรีปกติ มีอาการปัสสาวะน้อยเมื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลังบริเวณบั้นเอว ถ้ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมากจะทำให้เหนื่อยหอบได้ แต่พบว่าความดันโลหิตไม่สูงมาก

¹ สง่า นิลวรานุกร, Comprehensive Nephrology, หน้า 70.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 82.

อาการบวมดังกล่าวอาจนานเป็นเดือนหรือปี บางครั้งอาการบวมหายไปนานเป็นเดือน ๆ ซึ่งในระยะที่ไม่บวมนี้จะไม่พบโปรตีนในปัสสาวะเลย บางครั้งอาจมีสาเหตุชักนำทำให้เกิดอาการบวม เช่น การเป็นไข้หวัด เจ็บคอ หรืออาจไม่มีสาเหตุชักนำก็ได้ การยุบบวมบางครั้งก็จะยุบไปได้เอง หรือบางครั้งก็ต้องได้รับประทานยาจึงจะยุบบวม ซึ่งไม่สามารถบอกได้แน่นอน

ในรายที่เป็นกลุ่มอาการเนโฟรติกและมีโรคอื่น ๆ ชักเจน จะอ่อนเพลียมาก เหนื่อยง่าย และมีภาวะซีดได้มากกว่าชนิดแรก มีความดันโลหิตสูง ชักเจนร่วมด้วยพร้อมกับภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะหัวใจวายได้ในระยะหลัง ๆ และเข้าสู่ภาวะไตวายได้เร็วกว่าด้วย ปกติมักใช้เวลาประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี

โรคแทรกซ้อนของกลุ่มอาการเนโฟรติก

โรคแทรกซ้อนของกลุ่มอาการเนโฟรติกมีหลายประการ ได้แก่ อาการบวม ภาวะน้ำคั่งในปอด (pulmonary edema) ภาวะร่างกายขาดโปรตีน (protein malnutrition) การมีภาวะไขมันในเลือดสูงและทำให้เกิดโรคของระบบหลอดเลือดและหัวใจได้เร็วขึ้น ภาวะไวต่อการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเส้นเลือดอุดตัน แต่ภาวะโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย ๆ¹ คือ

1. ภาวะการติดเชื้อ เช่น เป็นหวัดและเจ็บคอบ่อย ๆ อาจมีปอดอักเสบ ผิวหนังอักเสบเป็นแผลลุกลามเรื้อรังได้ง่าย
2. ความดันโลหิตต่ำจากภาวะช็อก (Shock) เพราะการเสียน้ำและอิเล็กโตรลัย จากอาการท้องเสีย หรือเกิดจากการรับประทานยาลดปัสสาวะมากเกินไป อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้

¹สง่า นิลวางกูร, Comprehensive Nephrology หน้า 84.

3. ความดันโลหิตสูงเกิดจาก การมีน้ำคั่งค้างในร่างกายมากพบบ่อยในระยะสุดท้ายของโรคคือ ไตเริ่มเสียหายที่ในการกรองปัสสาวะมาก มีความดันโลหิตสูงมาก และมีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับสาเหตุของกลุ่มอาการเนโฟรติก ถ้าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของไตโดยไม่ทราบสาเหตุ (Primary Nephrotic Syndrome) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ¹

1. ลักษณะที่มีอาการบวมเป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเดือน โดยไม่มีความดันโลหิตสูงหรือปัสสาวะมีเลือดปน ต่อมาอาการกลับหายไปและกลับบวมได้อีก ถ้ามีการติดเชื้อเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยประเภทนี้บางรายอาจมีอาการไตวายได้

2. ลักษณะที่มีอาการบวมมากบางนอยบางและมีความดันสูงขึ้นเป็นเวลานาน 1-5 ปี แล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการบวมอีก แต่จะมีอาการอ่อนเพลียแทน มีอาการไตวายเรื้อรังเข้ามาแทนที่ คือ ปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นในระยะแรก ๆ ซึ่ง ความดันโลหิตสูงขึ้นเรื่อย ๆ หอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจวาย

3. ลักษณะที่มีอาการบวม ๆ ยุบ ๆ นานเป็นปี ๆ ความดันโลหิตอาจปกติหรือสูงชั่วคราวแล้วกลับเป็นปกตินาน 10-20 ปี ระยะหลังอาจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการบวม ไตจะค่อย ๆ เสื่อมเกิดภาวะไตวายอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป

การรักษาของแพทย์

การรักษาต้นเหตุของโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติกนั้นทำได้ยาก ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ ในรายมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดฝอยของไตเพียงเล็กน้อย (Minimal Glomerulonephritis) สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยาที่นิยมใช้ในการรักษาคือ ยาจำพวกสเตอรอยด์ (Steroid) ซึ่งออกฤทธิ์ช่วยให้ไตถูก

¹สง่า นิลวรางกูร, Comprehensive Nephrology, หน้า 85.

ซีมีโปรตีนได้มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยยุบวมได้ แต่บางรายก็อาจไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย สเตียรอยด์ นอกจากนี้ในรายที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมาก โดยที่แพทย์จะพิจารณาให้ ยาขับปัสสาวะและยาลดความดันโลหิตสูงเป็นราย ๆ ไป ตามความเหมาะสม ดังนั้นจึง เป็นเหตุผลว่า ผู้ป่วยควรต้องมาติดตามการรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

การรักษาอย่างอื่น ๆ ได้แก่ การชดเชยการขาดโปรตีนโดยให้รับประทาน อาหารเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น อย่างน้อยวันละ 80 กรัม เช่น อาหาร ประเภทไข่ให้โปรตีน 10-15 กรัม ต่อ 1 ฟอง แต่มีข้อจำกัดว่า ในรายมีของเสียใน เลือดเพิ่มมากขึ้นก็จำเป็นต้องลดอาหารโปรตีนลง

การจำกัดเกลือในอาหาร ควรจำกัดเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 30 เอ็ม อี คิว ต่อวัน (MEq per day) มักพบเสมอว่าผู้ป่วยที่มีอาการบวมบ่อย ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการรับประทานอาหารรสเค็มจัด นอกจากนี้ในรายที่บวมและแพทย์ได้สั่งให้ยาขับปัสสาวะ ไปรับประทาน ควรสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการขาดโซเดียมคือ อ่อนเพลีย ความดัน โลหิตจะต่ำลง เวียนศีรษะหน้ามืดได้

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก

ถ้าจะพิจารณาจากความหมายการดูแลตนเองของโอเรมแล้ว พยาบาลควร ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในแง่ ของ สภาพพยาธิวิทยาเกี่ยวกับกลุ่มอาการ สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการ รักษาตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติตนหรือดูแลตนเองไม่ดี ในที่ นี้จะขอกล่าวเฉพาะ 3 เรื่องที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องสอนให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เพื่อ เป็นแนวทางในการดูแลตนเองที่ดีต่อไป คือ การควบคุมอาหารการออกกำลังกายและการ พักผ่อน การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์

การควบคุมอาหาร

เนื่องจากโรคนี้มีความผิดปกติเกี่ยวกับไตไม่สามารถเก็บโปรตีนไว้ได้ จึงปล่อยออกมาที่ปัสสาวะเป็นเหตุให้ร่างกายมีโปรตีนในเลือดต่ำลงและทำให้เกิดอาการบวมได้ จึงจำเป็นต้องมีการเสริมอาหารโปรตีนจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติในอาหารแต่ละมื้อ ทั้งนี้ ควงมณี วิเศษกุล¹ ได้ให้หลักในการให้อาหารแก่ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกไว้ ดังนี้

1. น้ำ ควรจำกัดน้ำถ้ามีอาการบวมโดยให้วันละ 500 ลบ.ซม. ในรายไม่บวมให้ตามปกติคือ วันละ 1000-1500 ลบ.ซม.
2. พลังงาน ไคแก อาหารพวกแป้งและน้ำตาล ข้าว ควรให้เพียงพอ ยกเว้นในรายที่เป็นเบาหวาน
3. โปรตีน ให้สูงมากวันละ 100-300 กรัมต่อวัน ควรให้โปรตีนที่มีคุณค่าสูง (High Biological Value) หมายถึงโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ ไข่และนม
4. โซเดียม ต้องจำกัดมาก โดยต้องกำหนดอาหารที่จำกัดเกลืออย่างมาก (Strict Restriction) ให้โซเดียมในระดับ 0.25-0.5 กรัมต่อวัน แต่การให้อาหารที่มีโปรตีนสูงแต่จำกัดเกลือควย ทำได้ยากมาก เพราะในอาหารโปรตีนมักจะมีเกลือปะปนด้วยนั่นเอง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณของโปรตีน โซเดียม โปตัสเซียม ตามประเภทของอาหาร ส่วนแลกเปลี่ยน

รายการอาหาร (1 ส่วนแลกเปลี่ยน)	โปรตีน (กรัม)	โซเดียม (ม.ก.)	โปตัสเซียม (ม.ก.)
1. นม	8	72	161
2. ผัก	2	18	154
3. ผลไม้	-	1.4	111
4. แป้งขาว	2	13	31
5. เนื้อสัตว์	7	26	76
6. ไขมัน	-	0.2	0.5

¹ ควงมณี วิเศษกุล, โรคและอาหารเฉพาะโรค (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ 2523), หน้า 122-123.

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติก จะต้องจำกัดน้ำเฉพาะใน รายที่บวม ถ้าววมมากทั้งตัวยิ่งต้องจำกัดน้ำมากโดยพิจารณาจาก จำนวนปัสสาวะที่ออก กล้วยคือ ถ้าผู้ป่วยยังปัสสาวะได้มากทั้ง ๆ ที่มีอาการบวม ผู้ป่วยก็ยังคงดื่มน้ำได้มากเท่า กับจำนวนปัสสาวะที่ออกทั้งวันบวกกับจำนวนน้ำที่ระเหยออกทางบริเวณผิวหนัง และทาง เหงื่ออีกจำนวนเท่ากับ 300 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อวัน สิ่ง que ผู้ป่วยโรคไตต้องระมัดระวัง มากคือ การรับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ให้มี ปริมาณโซเดียมจำกัดเท่าที่ตองการ เพราะในอาหารโปรตีนจะมีโซเดียมปะปนอยู่ด้วย เสมอนั้นเอง ดังนั้นการเติมสิ่งที่ทำให้มีรสเค็มภายหลังหรือระหว่างการปรุงอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส เกลือ ฯลฯ จึงต้องระมัดระวังให้มากทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีการสังเกตตนเองที่ คีและปรับระดับจำนวนเกลือให้เหมาะสมด้วย

การออกกำลังกายและการพักผ่อน

ในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติของคนเราถือว่าเป็นการออกกำลังกาย อย่างหนึ่ง แต่เป็นการออกกำลังกายที่แฝงอยู่กับการทำงาน หรือการประกอบกิจวัตร ประจำวันไม่ใช่การออกกำลังกายโดยตรง เพราะการออกกำลังกายโดยตรงจะต้องมีจุด มุ่งหมายที่แน่นอน มีระยะเวลาานพอสมควร มีความตั้งใจจริงและใช้กิจกรรมการออก กำลังกายที่สอดคล้องกับความมุ่งหมาย และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การบริหารร่างกายแบบต่าง ๆ เช่นแบบโยคะ การยกบาร์เบล นอกจากนี้ยังมีกีฬาในร่ม และกีฬากลางแจ้ง เช่น บิงปอง เทนนิส ฟุตบอล วอลเลย์บอล เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติกจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อจะไม่ เพิ่มภาระการทำงานให้แก่ไต ผู้ป่วยควรไดนอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรใช้กำลังกายมาก ๆ ดังนั้นกีฬาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคือ กีฬาในร่มที่ไม่ใช้แรงมาก เช่น การตีปิงปองที่มีใช้การแข่งขัน นอกจากนี้ยังมีงานอดิเรกเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การ ปลูกพืชผัก ทำสวนครัว สวนดอกไม้ ซึ่งไม่หักโหมมากก็ไม่เป็นอันตรายอะไร



การรักษาด้วยยาสเตอรอยด์

สเตอรอยด์ที่ใช้รักษาโรคในกลุ่มอาการเนปโฟรติก คือ กลูโคคอร์ติคอยด์นั่นเอง เป็นฮอร์โมนที่สร้างโดยเปลือกของต่อมหมวกไต (adrenal cortex) ภายใต้การควบคุมของ เอ ซี ที เอช (ACTH) จากต่อมพิทูอิทารี ซึ่งเป็นการควบคุมแบบป้อนกลับ (feed-back mechanism)¹ กลูโคคอร์ติคอยด์ ได้แก่ คอร์ติซอล (คอร์ติซอล) คอร์ติโซน เพรดนิโซโลน เดกซาเมธาโซน มีฤทธิ์เกี่ยวกับการสร้างน้ำตาลในร่างกายมาก (gluconeogenesis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ชนิกา ชูจินดา และคณะ กล่าวว่า คอร์ติซอลและคอร์ติโซนเป็นกลูโคคอร์ติคอยด์ที่มีความสำคัญมาก มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพราะมีผลโดยตรงต่อการสร้างกลูโคสของตับ กระตุ้นการสร้างโปรตีนในตับแต่ยังยับยั้งการสร้างโปรตีนของเนื้อเยื่อที่อยู่ในบริเวณอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีผลต้านอินซูลินจึงยิ่งทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และอาจเกิดเป็นเบาหวานจากสเตอรอยด์ได้ เรียกว่า สเตอรอยด์ไดอะทีส (Steroid diabetes)²

คอร์ติโคสเตอรอยด์ ชนิดรับประทานที่นิยมกันมากคือ³ เพรดนิโซโลน ขนาดที่ยอมรับทั่ว ๆ ไป ใกล้เคียง ขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวันในผู้ใหญ่ วิธีการให้ก็แตกต่างกันออกไป เช่น ให้ทุกวัน วันเว้นวัน ให้ 4 วันหยุด 3 วัน ให้ 3 วันหยุด 4 วัน ภายหลังการให้ยาสเตอรอยด์ ถ้าผู้ป่วยสามารถมีัสสาวะออกได้ตามปกติหลังจากที่บวมขึ้นนี้ถือเป็นเกณฑ์

¹ชนิกา ชูจินดา, กิตติ อังสุสิงห์ และเหลือพร ปุณณกันต์, โรกระบบต่อมไร้ท่อและโรคทางเมตาบอลิซึมในเด็ก (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิชเนต, 2523), หน้า 192.

²เรื่องเดียวกัน, หน้า 204.

³สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, หนังสือประกอบการอบรมระยะสั้นปี 2524 วิชาโรคไต (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2524), หน้า 134.

ที่สำคัญของการตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ ฉะนั้นแพทย์มักจะใช้ยาสเตอรอยด์
พร้อม ๆ กับยาขับปัสสาวะที่กำลังให้อยู่ เพราะจะทำให้แน่ใจได้ว่า การที่ผู้ป่วย
ปัสสาวะได้เป็นผลมาจาก การตอบสนองต่อยาสเตอรอยด์หรือไม่ ทั้งนี้ แบ่งการตอบสนอง
ต่อสเตอรอยด์เป็น 5 กลุ่ม ดังตารางที่ 2 เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตอ-
รอยด์แล้ว แพทย์จะพยายามลดขนาดของยาลงเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะค่อมหมวกไตถูกกด

ตารางที่ 2 Therapeutic Classification แบ่งออกเป็น¹

อันดับของกลุ่ม	อาการบวม (Edema)	จำนวนโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria)	จำนวนโปรตีนในซีรัม (Serum Albumin)
กลุ่มที่ 4	ไม่มี	ไม่มี	ปกติ
กลุ่มที่ 3	ไม่มี	2 กรัมต่อวัน	ปกติ
กลุ่มที่ 2	บวมเล็กน้อย	6-12 กรัมต่อวัน	ต่ำ
กลุ่มที่ 1	ค้ำขึ้น	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง
กลุ่มที่ 0	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง

ปัญหาที่อาจพบได้ในการให้การรักษาด้วยสเตอรอยด์เป็นเวลานาน ๆ² คือ

1. โรคติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นภาวะที่แทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจาก
สเตอรอยด์มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และกดการสร้างภูมิคุ้มกันต้านโรค กกลียมโฟซัยค์
ฉะนั้นจึงควรตรวจดูว่าจะมีโรคติดเชื้อหรือไม่ ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยยาที่ตรงกับเชื้อโดย

¹สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, หนังสือประกอบการอบรมระยะสั้นปี 2524
วิชาโรคไต, หน้า 134.

²ชนิกา ตู้จินดา และคณะ, โรคระบบต่อมไร้ท่อและโรคทางเมตาบอลิซึมใน
เด็ก, หน้า 216-224.

ทันที แพทย์จะลดขนาดของสเตอรอยด์ลงหรือหยุดให้ยาถ้าเป็นไปได้

2. ร่างกายเจริญเติบโตช้า โดยเฉพาะเกิดในเด็กที่ได้สเตอรอยด์เป็นเวลานาน ๆ ได้ ทั้งนี้เนื่องจากคอร์ติซอลไม่เพียงแต่จะส่งเสริมการทำลายของโปรตีนเท่านั้น ยังยับยั้งกระบวนการสร้างหรือกระบวนการสังเคราะห์ เมื่อให้ฮอร์โมนในขนาดสูง ๆ ในเด็ก จึงพบว่า เด็กจะเจริญเติบโตช้าและการหายของแผลช้าด้วย¹

3. ภาวะต่อมหมวกไตเหี่ยวหรือฝ่อ โดยเฉพาะในกรณีที่ให้ยาสเตอรอยด์รักษาในขนาดสูง ๆ อยู่เป็นเวลานาน ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมาก เพราะเมื่อหยุดยาสเตอรอยด์ ผู้ป่วยไม่สามารถจะปรับตนเองให้เข้ากับภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ เช่น การบาดเจ็บต่าง ๆ โรคติดเชื้อ การผ่าตัด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

4. โรคเบาหวาน ในคนที่ไม่เคยเป็นเบาหวานมาก่อนเมื่อได้รับสเตอรอยด์จะตอบสนองต่อการให้สเตอรอยด์เป็น 4 แบบ คือ

ก. ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการหลั่งอินซูลินพอเพียงกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดจากสเตอรอยด์

ข. มีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะโดยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากผลโดยตรงต่อการทำงานของไต (renal threshold) ของน้ำตาลกลูโคส

ค. เป็นเบาหวานจากสเตอรอยด์มีน้ำตาลในเลือดสูง มีน้ำตาลในปัสสาวะได้แต่จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์หลังจากหยุดยาสเตอรอยด์

ง. การใช้สเตอรอยด์นาน ๆ ในผู้ป่วยบางราย อาจทำให้เกิดเป็นเบาหวานชนิดถาวรได้

5. แผลเป็พืดและภาวะตกเลือดในทางเดินอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบค่อนข้างบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสเตอรอยด์ โอกาสที่จะเป็นแผลเป็พืดนั้น

¹Andres Goth, Medical Pharmacology: Principles and concepts (Saint Louis: The C.V. Mosby Co., 1972), p. 453.

มีถึง 100-130 เท่า โดยเฉพาะในรายให้ยาสเตอรอยด์ขนาดสูงถึง 20 มิลลิกรัมต่อวัน นานกว่า 3 เดือน โอกาสเป็นแผลมีมากขึ้น

6. สเตอรอยด์กับภาวะหัวใจวาย ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ข้อควรระวังมีดังนี้ ระวังคือ ภาวะโปคัสเชื่อมในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากยาสเตอรอยด์เองและยาขับปัสสาวะที่ได้รับ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการแพ้พิษของยาคีจิทัลิสได้

7. ภาวะแรงดันเลือดสูง ผู้ป่วยที่เกิดแรงดันเลือดสูงระหว่างการให้สเตอรอยด์ ควรเลือกใช้ชนิดที่มีผลทำให้เกิดคั่งน้อย ควรให้อาหารที่มีเกลือเล็กน้อย ในรายที่ให้สเตอรอยด์รักษาอยู่นาน ๆ ควรเพิ่มโปคัสเชื่อมให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ได้รับยาขับปัสสาวะควรระวังภาวะโปคัสเชื่อมในเลือดต่ำ เพราะสเตอรอยด์จะส่งเสริมให้มีอาการมากขึ้น

8. ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น ทำให้มีเลือดออกที่เรติน่าและไตเยื่อหุ้มตาได้

9. อากาทางจิต อารมณ์แปรปรวน เช่น ซึมเศร้าหรือรู้สึกตื่นเต้นผิดปกติ ในตอนกลางวัน ถือว่าเป็นอาการทางจิตควรได้รับยากล่อมประสาท อาจเกิดโรคจิต (Psychosis) ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลิกภาพของผู้ป่วยก่อนการรักษามากกว่าขนาดของสเตอรอยด์

10. นิ้วในไต ซึ่งเกิดจากการขับถ่ายแคลเซียมและกรดยูริกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ จึงมีความสำคัญในการรักษาด้วยสเตอรอยด์เป็นเวลานาน ๆ

11. หลอดเลือดดำอักเสบและอุดตันและเกิดเอ็มโบลิสซึม ถ้าเกิดหลอดเลือดดำอักเสบร่วมกับการให้ยาสเตอรอยด์จะมีโอกาสเกิดเอ็มโบลิสซึมได้ง่าย เนื่องจากมีการลดยาต้านการอักเสบรอบ ๆ ก้อนเลือดทำให้เอ็มโบลิสซึมเข้าสู่กระแสเลือดเกิดเอ็มโบลิสซึมที่ปอดได้

12. ทำให้กระดูกผุ พบมากในคนสูงอายุ โดยเฉพาะสตรีภายหลังหมดประจำเดือนแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องใช้สเตอรอยด์ ควรปฏิบัติดังนี้ คือ รับประทานอาหารโปรตีนเพิ่มเพื่อสร้างกระดูก รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นำนม ผัก

สีเขี้ยว กระดูกอ่อนของสัตว์ เป็นต้น และควรออกกำลังกายบ้าง

13. จำเลือด เกิดจากการสูญเสียเนื้อเยื่อไตผิวหนังและหลอดเลือดเป็นผลมาจากการทำลายโปรตีน พบในหญิงอายุมากที่ได้รับการรักษาด้วยสเตอรอยด์นาน ๆ

14. การติดยาสเตอรอยด์เมื่อแพทย์ลดขนาดยาลงผู้ป่วยจะมีอาการรู้สึกไม่สบาย ทั้ง ๆ ที่การตรวจร่างกายและผลจากห้องปฏิบัติการไม่พบว่าผิดปกติแต่อย่างใด

15. ความผิดปกติของกระดูก พบอยู่ในรายที่เป็นกลุ่มอาการคุชชิง

16. เกิดกลุ่มอาการคล้ายกลุ่มอาการคุชชิง พบในเด็กที่ไคสเตอรอยด์อยู่นาน ๆ เรียกว่า คุชชिनอยด์ (Cushinoid) มีอาการเหมือนกลุ่มอาการคุชชิง คือ มีลักษณะเฉพาะของการกระจายไขมัน คือ หน้ากลมเหมือนพระจันทร์ มีหลังเป็นโหนก ผิวหนังเหี่ยว มีสีม่วง มีขนคอก มีแรงดันโลหิตสูงและโปรตีนในเลือดต่ำ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนเพลียลงได้

17. ตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องโดยเฉพาะในเด็ก ควรตรวจหาปริมาณของอมิเลสในซีรัมและในปัสสาวะ และควรตรวจเพาะอาหารด้วยรังสีวินิจฉัย เพื่อการพิเคราะห์โรคไตถูกต้องต่อไป

กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการ เนปโฟโรติก

เมื่อผู้ป่วยมีความรู้พอเป็นพื้นฐานแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ถูกต้องได้ และยังสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพื่อผลประโยชน์ในการพิเคราะห์โรคแทรกซ้อน ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนปโฟโรติก ควรจะประกอบด้วยเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือ

การสังเกตลักษณะปัสสาวะและอาการบวม

ผู้ป่วยควรสังเกตคุณลักษณะปัสสาวะที่ผิดปกติ เช่น มีสีแดง หรือเป็นสีน้ำตาลเนื้อมีหรือสีแดงคล้ายสีน้ำปลา มีหนองหรือมีตะกอนมาก ในการเก็บปัสสาวะตรวจหาโปรตีน ควรเป็นปัสสาวะที่ใหม่ มักใช้ปัสสาวะที่มีความเข้มข้นมาก เพราะจะได้ผลแน่นอนกว่า

บัสสาวะที่เจือจางมากกว่า ดังนั้น ในวันเวลาก่อนที่จะเก็บบัสสาวะตรวจ ผู้ป่วยไม่ควร
ดื่มน้ำมาก ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรสังเกตอาการบวมที่หนังตาหรือปลายเท้าทุกวัน โดย
เฉพาะในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาสเตอรอยด์เพิ่มขึ้น หรือลดขนาดยาลงเพื่อจะได้ปฏิบัติ
ตนได้ถูกต้อง เช่น เพิ่มการพักผ่อน เพิ่มอาหารโปรตีน รับประทานอาหารรสจืดลงอีก
พรอมกันนี้ผู้ป่วยต้องสังเกตผลการปฏิบัติตนควยว่าไคผลอย่างไร เช่น บวมบวมหรือบวมมาก
ขึ้น บัสสาวะใสคี่ไม่มีตะกอนขุ่น ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม หากสังเกตพบสิ่งผิดปกติกล่าวข้างต้น หรือมีความผิดปกติเกี่ยว
กับการถ่ายบัสสาวะ เช่น ถ่ายปวด ถ่ายไม่ออก ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการนัดได้

การควบคุมเรื่องอาหารและยา

การควบคุมเรื่องอาหารและยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวเนื่อง
โดยตรงกับการรักษา วันหนึ่ง ๆ ผู้ป่วยต้องได้รับอาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ทุกมื้อ และ
เพิ่มจำนวนมากกว่าตามปกติ ไม่ควรเติมเกลือในอาหารมากกว่าครึ่งหนึ่งของที่เคยใช้แต่
เคิม เมื่อปรุงสำเร็จแล้ว ส่วนน้ำหากไม่บวมก็สามารถดื่มได้ตามปกติ และควรได้อาหาร
ครบตามหลักอาหารสากล คืออาหารหลักห้าหมู่ควย หลักการที่จะสังเกตได้ง่าย คือ ถ้า
บัสสาวะออกมาก ก็สามารถดื่มได้มากเท่าจำนวนที่บัสสาวะออก

เรื่องยาเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยเฉพาะยาสเตอรอยด์ผู้ป่วยต้องรับประทาน
อย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อูจจาระดำ อูจจาระมีเลือดปน
 ฯลฯ อาการแพ้ยา เช่น มีผื่นขึ้นตามผิวหนังโดยทั่วไป ผู้ป่วยควรจะต้องสังเกตว่า เมื่อ
แพทย์เพิ่มขนาดของยาผู้ป่วยควร จะลดจำนวนโซเคียมเท่าใด รับประทานอาหารโปรตีน
มากขึ้นเท่าใด และดื่มน้ำมากขึ้นเท่าใด หรือเมื่อแพทย์ลดขนาดยา ผู้ป่วยควร จะปฏิบัติตาม
ปกติไปสักระยะหนึ่งก่อน เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น บวม จึงปฏิบัติตนใหม่ ได้แก่ การรับ
ประทานอาหารโปรตีนเพิ่มมากขึ้น พักผ่อนให้เพียงพอ นอนยกขาสูง และรับประทานอาหาร
จืดเพิ่มขึ้น เมื่อมีอาการบวมมากขึ้นควรดื่มน้ำน้อยลง แต่ถ้าผู้ป่วยบวมทั้งตัว พรอมกับแน่น
หายใจไม่สะดวก ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที

ข้อควรระวังอีกประการหนึ่งคือ การได้รับยาขับปัสสาวะ ควรระวังอาการ ชาติโซเดียมคือ เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม อ่อนเพลียเมื่อได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยควร คุมน้ำมากขึ้นด้วย ถ้าปัสสาวะออกมาก และควรรับประทานอาหาร เค็มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ควรรับประทานผลไม้ประเภท กล้วย ส้ม มะละกอเพิ่มมากขึ้นจนกว่าจะยุบวม จึงสามารถ หยุดยาและลดอาหาร เค็มดังเดิมได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเองโดยเด็ด ขาด โดยเฉพาะยาจำพวกยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการฆ่าเชื้อ

การติดตามแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

การติดตามแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะแพทย์ต้องติดตาม การรักษาการให้ยา ตลอดจนสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้สนทนาซักถามปัญหาต่าง ๆ จากแพทย์ได้ รวมทั้งบุคคลากร ทางด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น พยาบาล นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักโภชนากร ฯลฯ

สุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป

ผู้ป่วยโรคไตมีโอกาสในการติดเชื้อได้มากกว่าบุคคลปกติ เพราะมีความผิดปกติ ในระบบต้านทานโรค โดยเฉพาะจากการรับประทานยาสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาที่จำเป็น ต้องใช้ในการรักษาอาการบวมของผู้ป่วย จึงมีผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ จากการ สร้างเม็ดเลือดขาวบางชนิดน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่าย¹ ผู้ป่วยจึงควรรักษาสุขภาพ อนามัยโดยทั่ว ๆ ไปของคนไว้ให้ดีสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอาการเป็นหวัด เจ็บคอ ควรรับ รักษาแต่เนิ่น ๆ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง ควรพบแพทย์ประจำในเมื่ออาการหวัดลุกลาม รุนแรง ในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาอาการหวัด ใช้หวัดธรรมดาหรือใช้หวัดใหญ่ ควร ปฏิบัติดังนี้คือ คุมน้ำมันยูคาลิปตัส ระวังมิให้ร่างกายได้รับความเย็นจัด ล้างปาก ถ้วน

¹ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2525), หน้า 31.

ควายน้ำเกลือ อาบน้ำอุ่นและรีบเช็ดตัวให้แห้ง ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และ
 ย่อยง่ายและพักผ่อนมาก ๆ โดยเฉพาะถ้ามีอาการปวดเมื่อยร่างกาย อ่อนเพลียมากให้
 คำนึงถึงว่าอาจจะไข้หวัดใหญ่ ควรงดการออกกำลังกายทุกชนิด และไม่ควรรอกออกไป
 นอกบ้าน หากอาการดูกลามมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก เจ็บคอ เสียงแหบ ปวดศีรษะ
 ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที

การดูแลผิวหนัง

ผู้ป่วยควรจะให้ความสนใจดูแลผิวหนังเป็นพิเศษเมื่อมีอาการบวม บริเวณเท้า
 หรือหนังตาหรือเมื่อมีอาการบวมทั้งตัว โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น ควรรักษาความสะอาด
 อย่างดี อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ในวันที่อากาศร้อนมาก ๆ ระวังระวังมิให้ผิวหนังบริเวณที่
 บวมเป็นแผล เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงได้ การรักษาความสะอาดผิวหนัง
 สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันมิให้เป็นโรคผิวหนังได้

สุขภาพปากและฟัน

ในค่านสุขภาพปากและฟัน ผู้ป่วยโรคไตควรให้ความสนใจเป็นพิเศษด้วย
 เพราะการมีฟันผุ จะเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วย
 มีภาวะการติดเชื้อง่ายอยู่แล้ว จึงควรรักษาสุขภาพปากและฟัน ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธี
 แปรงฟันก่อนนอนทุกครั้ง หลังรับประทานอาหารทุกมื้อหากเป็นไปได้ และควรตรวจสุขภาพ
 ฟันอย่างน้อยปีละครั้ง

การออกกำลังกายและการพักผ่อน

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไต ไม่ควรหักโหม ส่วนมากแพทย์จะไม่อนุญาต
 ให้ผู้ป่วยเล่นกีฬากลางแจ้ง จำพวกที่ต้องออกกำลังกายมาก ๆ หรือเป็นเวลานาน ๆ
 เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานของไตได้ ถึงแม้จะเป็นการออกกำลังกายในภาวะ
 ที่ไม่ปรากฏอาการของโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติกก็ตาม ผู้ป่วยควรจะได้มีการเคลื่อนไหว
 ในเวลาเข้านอน เป็นระยะทางไกล ๆ ทุกวัน

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเรื้อรังทุกชนิดจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่ดี จึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขปราศจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ฉะนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจแจ่มแจ้งเกี่ยวกับ ความหมายและเนื้อหาของการดูแลตนเองให้เข้าใจถ่องแท้เสียก่อนเช่นเดียวกัน จึงจะมีความสามารถในการให้คำแนะนำ ทำการสอนผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ใ้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องผสมผสานคานการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและสภาวะของผู้ป่วยให้กลมกลืนไปด้วยกัน โดยคำนึงถึงการพยาบาลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive Nursing Care) เป็นหลัก

มโนทัศน์ทางการพยาบาลในแนวความคิดของโอเรม

โอเรมกล่าวว่า การพยาบาลนั้นควรมุ่งให้บุคคลได้ดูแลตนเองและมีการจัดเตรียมและจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะดำรงรักษาชีวิตและสุขภาพที่ดีควรมุ่งเน้นหนักในวิธีการที่จะช่วยเหลือบุคคลในภาวะที่มีความจำกัด หรือความบกพร่องของร่างกายเกิดขึ้น เพราะการพยาบาลนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นั้นหมายถึงว่าผู้ป่วยประสบความล้มเหลวในการดูแลตนเองจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรครุนแรง¹

ส่วนความหมายของศิลปการพยาบาลตามแนวความคิดของโอเรม หมายถึง "เป็นความสามารถในการช่วยบุคคลอื่นในการวางรูปแบบ การจัดเตรียมและจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อปรับปรุงหรือดำรงรักษา การทำหน้าที่ของชีวิตมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ"² ดังนั้น พยาบาลในฐานะผู้ประกอบกรพยาบาลเป็นอาชีพควรที่จะต้องพัฒนาทักษะของตนให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไปเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล โดยอาศัย

¹ เพ็ญศรี ระเบียบ, "การพยาบาล: มโนทัศน์ในการปฏิบัติ," วารสารพยาบาล 31:3 (กรกฎาคม-กันยายน 2525): 226.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 227.

การเรียนรู้ ทักษะและความชำนาญจากประสบการณ์ต่าง ๆ เทคนิคการพยาบาลจะต้องอาศัยองค์ประกอบจากสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้¹

1. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในภาวะสุขภาพและภาวะโรค
2. การสร้างและดำรงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายนอกในกลุ่มบุคคลและระหว่างกลุ่มบุคคลเพื่อความร่วมมืออันดี
3. ช่วยเหลือบุคคลในการปรับตัวต่อความต้องการเฉพาะและความจำกัดต่าง ๆ
4. สร้าง ดำรงรักษา และควบคุมตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของบุคคล ภายในสิ่งแวดล้อมตามเป้าหมายของการรักษา
5. ส่งเสริมและดำรงรักษากระบวนการของชีวิต
6. ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ด้านจิตใจ
7. ประเมิน เปลี่ยนแปลงและควบคุมการทำงานของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจในภาวะสุขภาพและภาวะโรค
8. สร้างและดำรงความสัมพันธ์ในการรักษาพยาบาล โดยใช้พื้นฐานทางจิตสังคมของมนุษย์ในภาวะสุขภาพและภาวะโรค

จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลระดับวิชาชีพในปัจจุบันขยายวงกว้างขึ้นไม่ได้หมายถึง เฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบนเตียง (Bedside Nursing Care) เท่านั้น ทั้งนี้แนวความคิดและแนวการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้เปลี่ยนแปลงไปนี้ มีอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมาก ดังที่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์² ได้กล่าวไว้ คือ

1. ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทางด้านวิชาการ (Knowledge explosion) มีการวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับปรุงและจัดการรักษาพยาบาลให้เหมาะสม

¹ เพ็ญศรี ระเบียบ, "การพยาบาล: มโนทัศน์ในการปฏิบัติ," วารสารพยาบาล, หน้า 227.

² พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, การวางแผนการพยาบาล: การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์ (กรุงเทพมหานคร: ไทยเซชม 2522), หน้า 24-26.

สมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและด้านการบริหารงาน

2. การเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา (Educational Changes) มีการจัดรูปแบบการศึกษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความคาดหวังของบุคคลที่เข้าสู่วงการพยาบาลใหม่ ๆ เปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิม

3. ความคาดหวังของผู้รับบริการ (Consumer expectation) ผู้รับบริการที่มีแนวความคิดใหม่ ๆ มีความรู้ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพอนามัยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย

4. ราคาการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Rising Health Care Costs) จากภาวะเศรษฐกิจที่สูงขึ้น จากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการจัดเตรียมบุคคลากรด้านการแพทย์และอนามัย หรือ สาเหตุจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ดังนั้น จึงมีผลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นด้วย

5. บริการการรักษาพยาบาลมุ่งไปสู่ชุมชนมากขึ้น (Shift toward more Community based health care Services) ปัจจุบันเป็นบริการเคลื่อนที่โดยไม่คิดมูลค่า เป็นที่คาดหวังว่าบริการที่เป็นกันเองมีพิธีการน้อยนี้จะสามารถลดช่องว่างของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการได้

6. อาชีพด้านอนามัยเพิ่มขึ้น (Increase in health oriented Occupations) ปัจจุบันมีวิชาชีพอื่นอีกมากที่ให้บริการด้านการแพทย์และอนามัย เป็นลักษณะความสามารถเฉพาะ (Specialists) จึงทำให้รูปแบบของการพยาบาลและภาพพจน์ของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป

มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

โอเรมได้กล่าวถึงความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า "หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยการริเริ่มของแต่ละบุคคลและกระทำในแนวทางของแต่ละบุคคล เพื่อจะดำรง



ชีวิตและสุขภาพอนามัยที่ดีไว้"¹ การดูแลตนเองของบุคคลจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย
 ขั้นตอนตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ใดกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่ม
 ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อกระบวนการ
 การดำรงชีวิตของมนุษย์และคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ พัฒนาบุคคลิกภาพ
 ศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตรายตลอดจนพยาธิสภาพต่าง ๆ และยังสามารถควบคุมผล
 อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตนเอง
 ในระหว่างมีสุขภาพเบี่ยงเบนไป จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามและป้อง
 กันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้² โอเรมได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระดับ
 คือ³

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ได้แก่ ความต้องการของมนุษย์ 8 ประการ คือ
 - 1.1 ความต้องการอากาศอย่างเพียงพอ
 - 1.2 ความต้องการน้ำอย่างเพียงพอ
 - 1.3 ความต้องการอาหารอย่างเพียงพอ
 - 1.4 ความต้องการการขับถ่ายอย่างเพียงพอ
 - 1.5 ความต้องการความสมดุลของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และ
การพักผ่อน
 - 1.6 ความต้องการความสมดุลของการอยู่ในสังคมและการอยู่ตาม
ลำพัง

¹Dorothea E. Orem, Nursing Concepts of Practice 2nd edition (New York: McGraw-Hill Book Co., 1980), p. 35.

²Ibid., p. 41.

³Opcit., pp. 42-46.

- 1.7 ความต้องการการป้องกันอันตรายของชีวิต การทำหน้าที่ของตน และความเป็นอยู่ที่ดี
- 1.8 ความต้องการความเป็นปกติ (Normalcy)
2. ความต้องการการดูแลตนเองเกี่ยวกับพัฒนาการต่าง ๆ (Developmental Self-Care Requisites) มี 2 ชนิด คือ
 - 2.1 สิ่งที่เกี่ยวข้องตามพัฒนาการต่าง ๆ ของร่างกาย และคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ การส่งเสริมพัฒนาการขั้นต่าง ๆ ทำให้มนุษย์เจริญเติบโตมีวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ เช่น แบบแผนการตั้งครรภ์และการคลอด การเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ ในวัยทารก วัยเด็กเล็ก วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยชรา ฯลฯ
 - 2.2 ข้อกำหนดของการดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของมนุษย์ รวมถึงการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การไม่ได้รับการศึกษา การมีปัญหากับการปรับตัวด้านสังคม สุขภาพไม่ดี การสูญเสียญาติ เพื่อนหรือสิ่งของทรัพย์สิน สถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่สิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ความเป็นอยู่ไม่ดี การเจ็บหนักหรือป่วยในระยะสุดท้าย
3. ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) แบ่งเป็น 6 ประการ คือ
 - 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจและไว้วางใจต่อผู้ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล อันหมายถึง แพทย์พยาบาลผู้ให้บริการทางสุขภาพนั่นเอง ในทันทีที่มีพยาธิสภาพต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดจนรับทราบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมต่าง ๆ ผลต่อร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะที่เป็นความต่อเนื่องของพยาธิสภาพดังกล่าว

- 3.2 คำนึงถึงความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น
- 3.3 เอาใจใส่อย่างจริงจังเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรคทางค่านาตุร-กรรม การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันความพิการ หรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย หรือให้มันน้อยที่สุด
- 3.4 คำนึงหรือตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันความไม่สบายหรืออันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นอย่างเคร่งครัด
- 3.5 เปลี่ยนแปลงแก้ไขแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในค่านาตุรภาพอนามัย และยอมรับแบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยที่เปลี่ยนแปลงไป
- 3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ในภาวะของโรค ทั้งค่านาตุรภาพวินิจฉัยโรค และการรักษาจัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของ ตนเองให้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกชนิดจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่ 3 คือ ในขณะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไปนั้นเอง และเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องเตรียมผู้ป่วยทั้งค่านาตุรกายและจิตใจผู้ป่วยให้พร้อมจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เขาจะประสบ เมื่อออกจากโรงพยาบาล และกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติสุขที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลสมความมุ่งหมาย จึงอาศัยกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของตนเองได้

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

โอเรมกล่าวว่า กระบวนการพยาบาลจะต้องประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญคือ

1. ขั้นตอนของการใช้สติปัญญา (Intellectual phase)
2. ขั้นตอนของการปฏิบัติ (Practical phase)

การใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยพยาบาลตัดสินใจได้ว่า เหตุใดผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือ และคัดเลือกวิธีการที่เหมาะสม ถือเป็นขั้นตอนการใช้สติปัญญา และเมื่อพยาบาลเริ่มให้การช่วยเหลือและดำเนินการตามขั้นตอนถือเป็นขั้นตอนของการปฏิบัติ กล่าวง่าย ๆ ขั้นตอนของการปฏิบัติก็คือ การนำแผนการพยาบาลมาใช้นั้นเอง พร้อมทั้งการติดตามผลส่วนขั้นตอนการใช้สติปัญญาเป็นการประเมินปัญหาผู้ป่วยจากข้อมูลต่าง ๆ โดยพิจารณาจากขอบเขตดังนี้

1. สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจากการศึกษาของแพทย์
2. แนวความคิดของผู้ป่วยต่อสถานะทางสุขภาพของตนเอง
3. สถานะทางสุขภาพจิตของผู้ป่วย
4. ผลทางสุขภาพที่ต้องการให้มีในผู้ป่วยและ ความสัมพันธ์ของลักษณะสุขภาพนั้นต่อชีวิต สุขอนามัยและประสิทธิภาพของการดำรงชีวิตของผู้ป่วย
5. ความต้องการการดูแลตนเองตามการรักษาของผู้ป่วย
6. ความสามารถและความจำกัดความสามารถในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามการรักษา

อย่างไรก็ตาม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะต้องประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจต่อโรคที่ตนเองเป็นอยู่ แนวความคิดที่ผู้ป่วยมีเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความต้องการในการดูแลตนเองอันหมายถึง ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถและความจำกัดความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองต่าง ๆ ตามการรักษาของแพทย์ จะเห็นได้ว่า การสอนในเรื่องสุขภาพอนามัย ภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนการปฏิบัติตนของผู้ป่วย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองประการหนึ่ง และช่วยพัฒนาผู้ป่วยให้มีความสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังกล่าวได้ และสามารถปรับเข้ากับ

ชีวิตประจำวันของคน¹ เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติสุขของคน

ในการสอนการปฏิบัติคนและความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมเพียงไร ในการที่จะเรียนรู้ และพิจารณาถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการสอน ซึ่งอาจแบ่งออกได้ดังนี้²

1. ผู้เรียน ได้แก่ ผู้ป่วย ศึกษาถึงภูมิหลัง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฯลฯ
2. ธรรมชาติของวิชาที่สอน ได้แก่ เนื้อหาที่จะสอน มีการแบ่งชั้นตอนและลำดับเนื้อหาดี
3. วัตถุประสงค์ของการสอน ได้แก่ การตั้งวัตถุประสงค์ของการสอนให้ชัดเจน สวมมากมุ่งให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
4. เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่จะนำมาช่วยในการจัดการเรียนการสอนหรือเครื่องช่วยสอนต่าง ๆ
5. สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น สภาพครอบครัว ทองถิ่นและสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม
6. ตัวผู้สอน มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะสอน มีการสำรวจตนเองอยู่เสมอ และมีการเตรียมตัวมาดี

เกี่ยวกับผู้เรียน สุวัจน์³ ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวผู้เรียนไว้ดังนี้

ก. ความรู้และระดับการศึกษาของผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยที่มีอยู่จะมีผลโดยตรงต่อสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำและความต้องการการเรียนรู้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นจะต้องมีการประเมินความรู้ที่มีอยู่ของผู้ป่วยว่ามีมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะได้จัดการสอนให้เหมาะสม-

¹Susan W. Salmond, "Inservice and Patient Education," Supervisor Nurse 9 (May 1978): 95.

²สุวัจน์ นิยมคำ, การสอนวิทยาศาสตร์แบบพัฒนาความคิด (พระนคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2517), หน้า 17.

³เรื่องเดียวกัน.

สมได้และระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ชี้แนะอีกประการหนึ่ง เพราะระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพและโรคต่าง ๆ

ข. อายุของผู้ป่วย โดยความเป็นจริง อายุจะมีส่วนสัมพันธ์ในการเลือกวิธีการสอนและอุปกรณ์การสอน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นเด็กอาจใช้ภาพและสื่อที่ช่วยชักจูงความสนใจ

ค. แรงจูงใจในการเรียนรู้ มีทั้งแรงจูงใจภายนอกคือ สิ่งเร้าต่าง ๆ และแรงจูงใจภายในตัวผู้ป่วยเอง เมื่อมีแรงจูงใจสูงก็มีความต้องการในการเรียนรู้สูง ฯลฯ

ง. ระดับภาวะทางร่างกายของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ความรุนแรงของอาการ สภาพทางค่านร่างกายที่เป็นอยู่

จ. การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ชี้บ่งว่าผู้ป่วยต้องเรียนอะไรและเรียนอย่างไร บางครั้งอาจรวมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย

ฉ. แบบของการดำรงชีวิต (Life-Style) การวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก เพราะต้องพิจารณาเกี่ยวกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรมในชุมชนด้วย

ช. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น อาชีพ บุคลิกภาพ สุขนิสัยส่วนตัว ฯลฯ

ในการสอนผู้ป่วยพยาบาลจะเห็นว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสามารถในการเรียนรู้ต่างกัน และยังมีความสนใจต่อการเรียนรู้แตกต่างกันด้วย สำหรับหลักของการเรียนรู้นี้ ลาโมนิกา¹ (La Monica) ได้กล่าวถึง การจำแนกหลักการเรียนรู้ของ คอนเลย์ (Conley) โดยนำแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดจนผลงานวิจัยมาผสมผสานกัน ดังนี้

¹Elaine L. La Monica, The Nursing Process: A Humanistic Approach (Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Co., 1979), pp. 263-264.

1. การเรียนรู้ต้องการความเข้าใจ โดยผู้เรียนต้องเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในความต้องการการเรียนรู้ของตน

2. การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของผู้เรียนที่จะสามารถรวบรวมสิ่งที่เรียนรู้เข้าด้วยกัน หมายถึง ความแตกต่างกันระหว่างบุคคลซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้เฉพาะบุคคล นั้นเอง

3. สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการเรียนรู้

4. การเรียนรู้นั้นขึ้นกับการกระทำของผู้เรียนด้วย หมายถึง ถ้าผู้เรียนต้องการแก้ปัญหาหรือมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ ก็จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติให้สำเร็จได้ตามต้องการ

5. แรงจูงใจภายในของผู้เรียนมีผลกระทบบต่อสิ่งที่จะเรียน เช่น การเคยประสบความสำเร็จ ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น

6. การเสริมแรงในพฤติกรรมที่พึงต้องการ จะทำให้เพิ่มความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อีกในสถานการณ์อื่น ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลมากในการเรียนรู้

7. การถ่ายโยง ความรู้ความสามารถเกิดขึ้นได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือเงื่อนไขเดิม กล่าวคือ สิ่งเราที่เคยทำให้เกิดการตอบโต้แบบหนึ่ง เมื่อเกิดสิ่งเรานั้นใหม่อีกก็มีแนวโน้มที่จะมีการตอบโต้แบบเดิมอีก

8. การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาก เมื่อได้ลงมือปฏิบัติการ ผู้เรียนได้ปฏิบัติในสิ่งที่เรียนมาจะทำให้เกิดความรู้ได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า การสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องโรคที่เขาเป็นอยู่ตลอดจนการดูแลตนเองที่จะทำให้ได้ผลดีมีประสิทธิภาพเต็มขั้นนั้นทำได้ยาก และมีองค์ประกอบหลาย ๆ ประการมาเกี่ยวข้องของควย เป็นอุปสรรคต่อการทำการสอนผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้ เช่น พยาบาลผู้ทำการสอนตัวผู้ป่วยเอง วิธีการสอนและอุปกรณ์การสอน ฯลฯ ตลอดจนมีปัจจัยในเรื่องการบริหารงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจะไม่ขอกล่าวในที่นี้ จะกล่าวถึงเฉพาะผู้ป่วยและพยาบาลกล่าวคือ พยาบาลผู้ทำการสอนจำเป็นต้องรู้และเข้าใจในเรื่องที่จะสอนเป็นอย่างดีดังกล่าวดแล้ว แต่พบว่าโอกาสที่พยาบาลจะเตรียมตัวในการ

สอนผู้ป่วยมีน้อยมากหรือไม่มีโอกาสเลย เนื่องจากการขาดแคลนค่านบุคคลากรนั้นเอง และตัวผู้ป่วยเองก็มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล ความเชื่อทัศนคติต่าง ๆ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ฯลฯ บ่อยครั้งจะพบว่าผู้ป่วยไม่ได้สนใจศึกษาปัญหาของตนเองเท่าที่ควร จึงเป็นผลให้การสอนผู้ป่วยเพิ่มความยุ่งยากมากขึ้น และไม่ได้ประสิทธิผลเท่าที่ควร

การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงไม่มี แต่พอจะสรุปรวบรวมการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ ดังนี้

ในปี ค.ศ. 1969 โจแอน เอส. ดอดจ์ (Joan S. Dodge) ได้ทำการวิจัยเรื่ององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการด้านความรู้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในผู้ป่วย 127 คน ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาองค์ประกอบเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ธรรมชาติของการเป็นโรค ลักษณะของโรคที่เป็น ผลการวิจัยพบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อความสนใจเกี่ยวกับความต้องการค่าบอกเล่าทางค่านสุขภาพของผู้ป่วย แต่ความแตกต่างกันในการต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา และพบว่าผู้ป่วยอายุมากจะแสดงความต้องการค่าบอกเล่าเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการดูแลที่ไ้รับ และการช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรรมจะมีความสนใจสูงต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยศัลยกรรม ตลอดจนสนใจต่อสาเหตุส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นอีกสูงมากกว่าผู้ป่วยเฉียบพลัน¹

¹Joan S. Dodge, "Factors Related to Patients Perceptions of Their Cognitive Needs," Nursing Research 18 (November-December 1969): 507-509.

กรรณิการ์ ภักคานนท์ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลอด เลือดหัวใจตีบ ในปี พ.ศ. 2522 โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 150 คน ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่สามแห่งในกรุงเทพมหานคร ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ทำการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่า ไคสแควร์ (χ^2) ผลปรากฏว่า การเปรียบเทียบความ แตกต่างของความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแยกตาม เพศ วัย ระดับการศึกษา ชนิดของการรักษาและเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการรับเข้ามาอยู่ใน โรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹

ต่อมาในปี 2523 สุนันทา ภูเกื้อยะ ได้ทำการวิจัยเรื่องความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จาก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 10 แห่ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นเองสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มาตรวจตามนัดที่แผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับไว้รักษาภายในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 100 คน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกันและฐานะทางเศรษฐกิจ ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เป็นโรค

¹กรรณิการ์ ภักคานนท์, "การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ," (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522).

ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹

และในปีเดียวกันนั้นเอง เรมवल นันทศุภวัฒน์ ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 3 แห่ง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจำนวน 200 คน เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง แต่คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศและอายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเลย²

จะเห็นได้ว่า การวิจัยทั้ง 3 เรื่องได้ข้อค้นพบที่ตรงกันคือ เพศและระดับอายุไม่มีผลต่อระดับการดูแลตนเองและระดับความรู้ในเรื่องโรคของผู้ป่วยเป็น แต่การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การวิจัยของ สุนันทา และ เรมवल สนับสนุนซึ่งกันและกันว่า ความรู้ในเรื่องโรคของผู้ป่วยเป็นอยู่จะมีผลต่อระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย ข้อค้นพบที่แตกต่างจากการวิจัยทั้ง 2 เรื่อง คือ ระยะเวลาของการเป็นโรคหรือระยะเวลาของการรักษาที่แตกต่างกัน

¹ สุนันทา ภูเกตุยะ, "ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524).

² เรมवल นันทศุภวัฒน์, "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524).

กันนี้ จะส่งผลถึงระดับความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือไม่ เพราะจากการศึกษาของ สุนันทา พบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีผลต่อระดับการดูแลตนเอง และระดับความรู้ของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของเรมवल คนพบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีระยะเวลาเป็นโรคนานเท่าไร ผู้ป่วยก็จะยิ่งมีความรู้และมีระดับของการดูแลตนเองที่ขึ้นเท่านั้น จากข้อค้นพบที่แตกต่างกันนี้และจากเหตุที่ผู้วิจัยได้ทำงานด้านอายุรกรรมมานาน พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเหล่านี้มากมาย ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตที่มีกลุ่มอาการ เนปโพรติก ซึ่งเป็นโรคไตที่พบได้มากในทุกกลุ่มอายุ ผู้วิจัยต้องการศึกษาวาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการ เนปโพรติกอยู่ในระดับใด มีอะไรบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและความรู้เรื่องโรคที่เขาเป็นอยู่ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาถึง "ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัตสรร กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ เนปโพรติก" เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการสอน ปรับปรุงการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการ เนปโพรติกเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีต่อไป และเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ได้เห็นความสำคัญของการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้มีการดูแลตนเองที่ดี และร่วมมือกันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อบรรลุดัชนีประสงค์ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยร่วมกัน