

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. โรคไตวายเรื้อรัง
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ความรู้ทางโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิต

โรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไตอย่างช้าๆแต่เป็นไปอย่างถาวร ทำให้สูญเสียหน้าที่ของไต 3 ประการคือ หน้าที่ในการขับถ่าย (excretory function) หน้าที่การรักษาสภาวะปกติของร่างกาย (homeostatic หรือ regulatory function) และหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ (endocrine function) การสูญเสียหน้าที่ของไตนี้อาจใช้เวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี เพราะหน่วยไตที่ยังไม่ถูกทำลายจะพยายามทำหน้าที่ชดเชยหน่วยไตที่เสียไป ทำให้เกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, อังโนดา วรุงสุภากรณ์, 2540)

โรคไตวายเรื้อรังอาจมีสาเหตุจากโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตอักเสบตั้งแต่เด็กและโรคเกาต์ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวมานานอาจมีหน่วยไตบางส่วน

ถูกทำลายลงช้าๆ เมื่อไตบางส่วนมีความเสื่อมเกิดขึ้น ส่งผลให้ไตมีการทำงานลดลง เนื้อไตส่วนที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทำงานทดแทนมากขึ้น หากปล่อยไว้นานจะเกิดมีเยื่อพังผืดขึ้นด้วย เมื่อไตเริ่มเสื่อมในระยะแรกๆ เช่น เสียไปประมาณครึ่งหนึ่งของที่มีอยู่เดิมยังไม่ปรากฏอาการ เพราะไตส่วนที่เหลือยังสามารถทำหน้าที่ ในการขับของเสียต่างๆในร่างกายแทนเนื้อไตส่วนที่หยุดทำงานแต่ภายในเนื้อไตเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้ว ยิ่งเนื้อไตส่วนที่หยุดทำงานมีมากเท่าใด เนื้อไตส่วนที่เหลือต้องทำงานมากขึ้นตามส่วน ในที่สุดเนื้อไตส่วนที่เหลือจะเสื่อมหน้าที่ตามไป และนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด (เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง เกิดได้จากภาวะต่างๆ ดังนี้คือ (Crandall, อ้างในนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2535; คาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540; Robin, 1994)

1. กรวยไตและหน่วยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังประมาณร้อยละ 50 ของทั้งหมด
2. โรคหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตตีบแคบ (renal artery stenosis) หรือหลอดเลือดขรุขระทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองของไตลดลงไปเรื่อยๆ ทำให้ไตค่อยๆ เสียน้ำที่ทีละน้อย
3. ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอย เช่น ภาวะกรดเกินเนื่องจากความบกพร่องของการขับถ่ายของไต (renal tubular acidosis) ทำให้การควบคุมเกลือแร่ กรด-ด่าง เสียไป
4. ภาวะการติดเชื้อ มีการอักเสบติดเชื้อจนกลายเป็นไตและกรวยไตอักเสบเรื้อรัง เช่น กรวยไตอักเสบ (chronic pyelonephritis) โรควัณโรคไต เป็นต้น
5. ความผิดปกติจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (obstruction) ตั้งแต่ไตลงมาจนถึงท่อปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากนิ่วหรือก้อนเนื้องอก เป็นต้น
6. ความผิดปกติของไตแต่กำเนิด เช่น ไตพัฒนาน้อยกว่าปกติแต่กำเนิด (congenital hypostatic kidney) และโรคถุงน้ำของไต (polycystic kidney disease)
7. ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (metabolism) สาเหตุที่พบบ่อยคือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดและหน่วยไต โรคอามัยลอยโดสิส (amyloidosis) และโรคเกาต์ (gout) เป็นต้น
8. จากสาเหตุอื่นๆ เช่น พยาธิสภาพที่ไตจากยาแก้ปวด (analgesic abuse nephropathy) ไตอักเสบจากรังสี (radiation nephritis)

การเปลี่ยนแปลงในร่างกายจากภาวะไตวายเรื้อรังส่งผลต่อร่างกายทุกระบบโดยเริ่มจาก (วิรุพห์ มาวิจักขณ์, 2537 ; ทิพย์วรรณ วังเกตรา, 2541 ; Wadi & Garabed, 1995)

1. สภาพทั่วไป ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง อิดโรย เหนื่อยง่าย ขาดสมาธิ หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยโรคไตบางรายจะชูบผอม น้ำหนักลด แต่โรคไตบางชนิดอาจทำให้ผู้ป่วยบวม และมีน้ำหนักมากขึ้น

2. ทางด้านผิวหนัง ซีด คัน อาจมีจ้ำเลือดเกิดขึ้นง่าย ผิวหนังแตกแห้ง เป็นแผลแล้วหายช้า ผู้ป่วยบางรายมีผิวหนังตลกสะเก็ด ค่ำค้ำกว่าปกติ เนื่องจากการตกตะกอนของ แคลเซียม ฟอสเฟตตามผิวหนัง

3. ระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากขม ไม่สามารถรับรสอาหารได้ สะอึก ปวดท้อง ท้องเดิน เลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ แผลในกระเพาะ พบว่า อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับยูเรีย เนื่องจากเบคทีเรียในทางเดินอาหารเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนีย มีผลระคายเคืองเยื่อทางเดินอาหารทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารได้

4. ระบบหัวใจและการหายใจ หากไตทำงานได้น้อยลงทำให้ขับปัสสาวะและเกลือแร่ ไม่ได้เกิดอาการบวมทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เหนื่อยง่าย นอนราบแล้วหายใจลำบาก ความดันโลหิตสูง หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสมรรถภาพ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ อาจเกิดภาวะน้ำคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ น้ำคั่งในปอด ปอดบวม ทำให้หายใจไม่ออก ไอเป็นเลือด

5. ด้านระบบประสาท สมองและกล้ามเนื้อ อาจเกิดจากการสะสมของของเสียในร่างกายและการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ มีการกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับมีความผิดปกติด้านความคิดและจิตใจ ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางในระยะท้ายๆ ได้แก่ สับสน ความรู้สึกตัวเลวลง ในที่สุดอาจชักและหมดสติไปได้ส่วนความผิดปกติของประสาทส่วนปลาย เกิดการเสื่อมหน้าที่รับความรู้สึกและสั่งการเกิดอาการมือเท้าชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

6. ระบบกระดูก แคลเซียมต่ำทำให้กระดูกพรุน กระดูกอ่อน เด็กที่มีไตวายจะหยุดเจริญเติบโต แคระแกร็น

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีไตวายระยะแรก ๆ ปัสสาวะจางและบ่อยในตอนกลางคืน เมื่อไตทำงานได้น้อยมากหรือไม่ทำงานเลย ทำให้มีปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มีปัสสาวะ

8. ระบบโลหิตเม็ดเลือดแดงน้อยทำให้โลหิตจาง ผู้ป่วยทุกรายเมื่อไตเสื่อมลงมีอาการซีดเนื่องจากไตสร้างอิริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ได้น้อยทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง

ลดลง ประกอบกับการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ เป็นสาเหตุให้มีเลือดออกง่าย เลือดไหลไม่หยุดมีจ้ำเลือดขึ้นตามตัว

9. ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ผู้ป่วยโรคไตวายมักมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อได้ง่าย

10. ระบบฮอร์โมนอื่น ๆ ในร่างกายผู้ป่วยโรคไตวาย มักมีการทำงานผิดปกติของฮอร์โมนเกือบทุกชนิด

ผู้ที่มิภาวะไตวายในระยะแรกไม่ค่อยแสดงอาการอย่างชัดเจน อาจมีความรู้สึกไม่สบาย รู้สึกเจ็บป่วยหรือไม่รู้สึกอะไร หากตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะจึงพบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น แต่บางรายอาจมีอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ ตัวบวม กลิ่นใต้ อาเจียน นอนไม่หลับและอารมณ์หงุดหงิด โดยสามารถแบ่งระยะการดำเนินของโรคได้ 4 ระยะดังนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540 ; เกรียง ตั้งสง่า, 2540)

1. ระยะเริ่มแรก (early stage หรือ diminish renal reserve) เป็นระยะที่ไตทำงานลดลงอัตราการกรองของไตเหลือเพียงร้อยละ 50 - 90 หน่วยไตที่ยังเหลืออยู่สามารถทำงานทดแทนส่วนที่เสียได้ไม่มีการสะสมของเสียไว้ในร่างกาย ตรวจเลือดพบค่าของยูเรียในโตรเจนและครีเอตินินอยู่ในระดับปกติร่างกายจึงยังไม่แสดงอาการที่ผิดปกติ

2. ระยะที่ไตเสื่อมสภาพ (renal insufficiency) เป็นระยะที่อัตราการกรองที่ไตเหลือร้อยละ 20-50 ไตเริ่มเสื่อมสภาพลง มีการแสดงอาการของเสียคั่งในร่างกาย พบยูเรียในโตรเจนและครีเอตินินสูง แต่ไม่เกิน 3-4 เท่าของภาวะปกติ ส่วนสารอิเล็กโตรไลต์ยังคงปกติ

3. ระยะไตวายเรื้อรัง (renal failure) เป็นระยะที่มีการคั่งของของเสียในร่างกายมาก เช่น สารยูเรียในโตรเจนพบในเลือด มีอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายมีภาวะกรดร่วมด้วย เป็นต้น

4. ระยะไตล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) เป็นระยะที่ไตมีอัตราการกรองเหลือร้อยละ 5-10 ไตเสียหายที่หรือไม่มีความสามารถในการควบคุมความสมดุลต่างๆภายในร่างกาย ตรวจเลือดพบค่ายูเรียในโตรเจนและครีเอตินินสูงขึ้นเรื่อยๆ ร่างกายทุกระบบได้รับผลกระทบ

ปัจจุบันไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคไตวายเรื้อรังให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกัน หรือพยายามไม่ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย (end-stage renal failure) เช่น การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะการขาดน้ำและการใช้ยาบางชนิด (สุชาติ อินทรประสิทธิ์, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) รวมทั้งการควบคุมอาหารและน้ำ ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) การรักษาโดยการขจัดของเสียออกทางเยื่อ

ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต (renal transplantation) (สุมาลี นิมนานิตย์ และคณะ, อ่างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึง การทำให้เลือดของผู้ป่วยสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือด โดยมีเยื่อกั้นกลางที่มีคุณสมบัติยอมให้สารโมเลกุลเล็กผ่านไปมาได้สะดวก เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนสารต่างๆ เช่น สารยูเรียในโตรเจน ครีเอตินินในกระแสเลือด กลีโธแรและน้ำระหว่างผู้ป่วยและน้ำยาฟอกเลือด (ชาญ โชนนุกูล, Chmielewski, Nussle, อ่างในนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2535) ขบวนการในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถอธิบายโดยการเอาเลือดออกจากร่างกายผสมกับเฮพาริน (heparinized blood) ผ่านเข้ามายังตัวกรองเลือด (dialyzer) โดยให้ไหลอยู่คนละด้านกับน้ำยา (dialysate) ซึ่งมีเซมิเพอมีเอเบิล (semipermeable membrane) กั้นกลางสารละลาย (solute) จะเคลื่อนที่จากเลือดสู่น้ำยาหรือจากน้ำยาสู่เลือดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือด หรือในน้ำยา จนกว่าความเข้มข้นของทั้งสองข้างเท่ากัน เรียกวิธีนี้ว่า ดิฟฟิชั่น (diffusion) ซึ่งเป็นการนำของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกันน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมาก ด้วยวิธีการที่เรียกว่าออสโมซิส (osmosis) และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากกว่านี้ต้องใช้วิธีการที่เรียกว่า อัลตราฟิลเตรชัน (ultrafiltration) โดยการทำให้ความดันระหว่างเลือดกับน้ำยามีความแตกต่างกันมาก ๆ (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

วัตถุประสงค์ของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใช้รักษาผู้ป่วยไตวายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาดังนี้ (ชาญ โชนนุกูล, Chmielewski, Nussle, อ่างในนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2535)

1. เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันซึ่งมีกลุ่มอาการ เนื่องมาจากการมีของเสียคั่งในกระแสเลือด เสียสมดุลกรด-ด่าง กลีโธแรและน้ำ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
2. เพื่อช่วยยืดระยะเวลาของการมีชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายโดยทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตลอดไป ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้หรือมีชีวิตอยู่เพื่อรอการเปลี่ยนไตได้

3. เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารเป็นพิษต่อไต เช่น ยาฆ่าแมลงหรือเห็ดพิษ เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยสามารถกำหนดปริมาณน้ำที่กำจัดของเสียออกจากผู้ป่วยได้แน่นอน และกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างช้า ๆ โดยไม่ทำให้สารเคมีต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งภายในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยคงที่ ลดภาวะความเป็นกรดและระดับของยูเรียในร่างกายลงได้อย่างช้า ๆ ทำให้ความดันสมองในกระโหลกศีรษะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เซลล์สมองไม่บวม แต่อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น สายวงจรไตเทียมหลุดมีเลือดออกบริเวณที่แทงเข็มเข้าเส้นเลือด และตัวกรองเลือดอุดตัน เป็นต้น (คู่มือกล้าเลิศกุล, Betty, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประเภทหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนแล้ว ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อุบัติการณ์ของการเสียชีวิต ที่เกิดจากกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประมาณ 1 ต่อ 75,000 ครั้งของการรักษา (วสันต์ สุเมธกุล, 2537)

1. ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องไตเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและอาจ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ สาเหตุอาจเกิดจากอากาศรั่วเข้าเครื่อง (air embolus) ซึ่งตำแหน่งที่อากาศอาจรั่วเข้าในระบบไหลเวียนเลือดของผู้ป่วย (วสันต์ สุเมธกุล, 2537) หรือเกิดการอุดตันของสายน้ำยา ตัวกรองของเลือดมีรอยรั่ว ทำให้เกิดการสูญเสียเลือด (blood loss) (Eli et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

2. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผู้ป่วยเข้าเครื่องไตเทียม (Robert et al., อ้างในนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2535 ; ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540 ; Gerald & Raymond, 1995)

2.1. กลุ่มอาการจากภาวะไดอิลิซิสดีสอิควิลีเบียม (dialysis dysequilibrium syndrome) เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะยูริเมียมาก ๆ ถ้าพบค่าของยูเรียในโตรเจนมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยเกิดอาการเล็กน้อย เช่น ปวดหัว กระวนกระวาย ระหว่างที่ทำฟอกเลือด จนถึงอาการที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ คือ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น เป็นตะคริว ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว ชัก บางครั้งอาจถึงแก่ความตาย (สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ, โกวิทช์ ด่านวิริยะทรัพย์, Roy, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

2.2. ตะคริว (muscle cramp) พบประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยเกือบทุกรายมีอาการนี้ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (วสันต์ สุเมธกุล, 2537) สาเหตุที่เกิดขึ้นยังไม่ทราบแน่ชัด

2.3. ความดันโลหิตต่ำ (hypotention) ได้แก่การมีความดันเลือดลดลงต่ำกว่า 100 มม.ปรอท หรือความดันซิสโตลิก (systolic) ลดลงมากกว่า 20-30 มม.ปรอท เมื่อเทียบกับความดันก่อนทำการฟอกเลือด หรือเป็นอาการแสดงของความดันเลือดต่ำในระหว่างการฟอกเลือด อุบัติการณ์ขึ้นกับอายุ เพศและโรคเดิมของผู้ป่วย การเกิดความดันเลือดต่ำระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสาเหตุหลายประการ อาจพบหลายสาเหตุร่วมกันและสาเหตุเหล่านี้ อาจเสริมฤทธิ์กันได้ (วสันต์ สุเมธกุล, 2537)

2.4. คลื่นไส้ อาเจียน (nausea vomiting) สาเหตุที่เกิดขึ้นไม่แน่ชัด อาจเกิดจากในขณะที่ฟอกเลือดแล้วเกิดความดันโลหิตต่ำลง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ (automatic nervous system) ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจเกิดจากภาวะยูรีเมีย แผลในกระเพาะอาหาร

2.5. ปวดศีรษะ (headach) เป็นอาการที่พบร่วมกับความวิตกกังวล ความดันโลหิตต่ำลงและจากกลุ่มอาการจากภาวะดิสอีควิลีเบียม (dysequilibrium synduome)

2.6. เลือดออก (bleeding) สาเหตุเกิดจากการที่ใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือดหรือเฮพาริน (heparine) มากเกินไป ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของเกร็ดเลือด เกิดอาการเลือดออกบริเวณต่างๆของร่างกาย บางครั้งอาจมีเลือดออกในอวัยวะสำคัญ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (วสันต์ สุเมธกุล, 2537)

2.7. การติดเชื้อ (infection) เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้านทานลดลงจากสถานะของโรคจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อได้สูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยเป็นที่สองรองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานๆ (บุญธรรม จิระจันทร์, 2537)

2.8. การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (arrhythmia) พบภาวะหัวใจห้องบนและห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (aeterial and ventricular arrhythmia) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของสารอิเล็กโทรไลต์

2.9. อาการเจ็บหน้าอก (chest-pain) และอาการกระสับกระส่าย จากสาเหตุความดันโลหิตลดลงและมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและเกิดการกระสับกระส่าย ซึ่งแสดงอาการออกทางสีหน้าและท่าทาง

2.10. ปัญหาด้านจิตใจขณะทำการฟอกเลือด เนื่องจากขณะทำการฟอกเลือด ผู้ป่วยประสบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงเกิดความวิตกกังวล

3. ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต (Gerald & Raymond, 1995)

3.1. ผลของการผ่าตัดหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มักเป็นปัญหาการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) และเกิดการติดเชื้อบริเวณที่ต่อหลอดเลือด (Rose, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

3.2. ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertention) เป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความดันเลือดสูงกว่า 150 / 90 มม.ปรอท เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีจำนวนของโซเดียมมาก เกิดการคั่งของเกลือแร่และน้ำในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงและถ้ามีจำนวนมากเกินไป อาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอดตามมา (Eli et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

3.3. อาการชาตามปลายประสาท มักเป็นกับอวัยวะส่วนล่างในผู้ป่วยที่มีภาวะยูรีเมียรุนแรงมีผลต่ออวัยวะส่วนบน มักพบว่ามีการสูญเสียความรู้สึกของปลายเท้า ทำให้มีความรู้สึกเหมือนหนามทิ่มตำและมีความรู้สึกปวด (Tyler & Tyler, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) อาการเหล่านี้จะหายไปภายหลังการฟอกเลือด

3.4. ภาวะโลหิตจาง (Anemia) ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เชื่องซึมและไม่กระฉับกระเฉง มักเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น จากการที่ต้องนำเลือดของผู้ป่วยไปทดสอบผลทางห้องปฏิบัติการ (Hocken, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) จากการที่มีการสูญเสียเลือดระหว่างข้อต่อของหลอดเลือด (Lindsay, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

3.5. ดับอักเสบ (hepatitis) โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสเป็นปัญหาทางโรคติดเชื้อที่สำคัญที่สุดในหน่วยไตเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดจากไวรัสตับอักเสบนชนิด เอ บี และ ซี (hepatitis A, B and C) อุบัติการณ์การเกิดตับอักเสบนชนิด เอ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่สูงกว่าประชากรทั่วไป (Symunriss et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) ส่วนอุบัติการณ์เกิดตับอักเสบนชนิด บี เกิดเพิ่มขึ้นกว่าปกติ เนื่องจากการรับเลือดที่มีตับอักเสบนชนิด บี เชื้อปนมาด้วย (Reinicke et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) หรือได้รับเชื้อติดมาจากผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมด้วยตัวเอง โดยอาศัย การสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย (Donkert et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) ดับอักเสบนชนิด ซี (none A none B)

อุบัติการณ์มักเกิดเพิ่มมากขึ้นในเวลา 10 ปีที่ผ่านมาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย (Alter et al., Lai et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) พบได้ บ่อยกว่าตับอักเสบบี ถึง 3 เท่า (Alter et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) อาการมีลักษณะคล้ายตับอักเสบบี และอัตราการกลายเป็นตับอักเสบริื้อรัง (chronic hepatitis) พบได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วย (Bruguera, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

3.6. ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) มีรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการขาดสารอาหาร อย่างมากถึงร้อยละ 10-15 (Feinatein, อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) มีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของโปรตีน ความแปรปรวนในระดับฮอร์โมน การเกิดการติดเชื้อ ความเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย ตลอดจนอาการเบื่ออาหารหรือเป็นผลจากการใช้ยาบางตัว (Jacob et al., อ้างในดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540)

3.7. ภาวะกระดูกผิดปกติเป็นการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากผลการหลังพาราไทรอยด์ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ (hyperparathyroid) (Thomas, Harmut et al., อ้างในถนอม สุภาพร, 2537) มีอาการปวดกระดูก ปวดข้อ คันทามผิวหนัง เกิดจากการสะสมของแคลเซียมตามผิวหนังจากการตรวจร่างกายพบการกดเจ็บที่กระดูก ผิวหนังมีรอยเกา เนื่องจากคัน ในรายที่เป็นรุนแรงอาจดำได้ก่อนแคลเซียมสะสมที่ผิวหนัง ถ้าสะสมในข้ออาจ ทำให้ข้ออักเสบและปวด โดยกระดูกมีการซึมซาบเพื่อนำแคลเซียมจากกระดูกมาเพิ่มให้สูงขึ้นในเลือด ในขณะที่เดียวกันก็เพิ่มการสร้างกระดูก โดยการกระตุ้นการทำงานของเซลล์สร้างกระดูก เพราะฉะนั้นกระดูกของผู้ป่วยจึงมีการสร้างและการหยุดการเจริญเติบโต ถ้าเกิดจากการขาด วิตามินดีหรือจากพิษของอลูมิเนียม อาจมีอาการปวดกระดูกรุนแรงกว่ากรณีแรก ถ้าเกิดจากอลูมิเนียมอาจพบภาวะโลหิตจางและมีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วย

3.8. ความต้องการทางเพศลดลง ในผู้ป่วยชายจะมีสมรรถภาพทางเพศลดลงถึงร้อยละ 70 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2536) โดยพบว่าระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอร์โรน (testosterone) ลดลงและระดับของลูติไนซิงฮอร์โมน (lutinizing hormone) เพิ่มขึ้นทำให้ความรู้สึทางเพศถดถอย การสร้างสเปิร์มถูกทำลายอย่างรุนแรง (sever spermatogenic damage) (Eli et al., อ้างในเกรียง ตั้งสง่า, 2537) ในผู้ป่วยหญิงพบว่าระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงและระดับฮอร์โมน FSH เพิ่มขึ้น (Hayslett, อ้างในเกรียง ตั้งสง่า, 2537) ทำให้ระดับประจำเดือน (menstruatio) น้อยลงหรือไม่มีเลยทำให้ผู้ป่วยหญิงไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

3.9 ปัญหาการสูญเสีย (ทิพย์วรรณ วัจนเกตรา, 2541)

3.9.1. การสูญเสียภาพลักษณ์ (loss of body image) เนื่องจากสภาพของโรค ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวหนังแห้ง ชูบซืด อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ผมแห้ง เปราะและร่วง ถึงแม้ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียด้วยวิธีใดก็ตาม แต่การรักษาโดยวิธีการต่างๆไม่สามารถทดแทนการทำงานของไตได้เท่าปกติ จากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ดังกล่าว ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยคล้ายกับซากศพ (zombie) ที่เดินได้ เมื่อเห็นสภาพตนเองทำให้เกิดจิตใจหดหู่ (Anger, อ้างในทิพย์วรรณ วัจนเกตรา, 2541)

3.9.2. สูญเสียหน้าที่การงาน (loss of jobs) เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้มีขีดจำกัดในการทำงาน ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำงานที่ใช้แรงมากได้ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเสียเวลาในการฟอกเลือด สัปดาห์ละ 10-15 ชั่วโมง ซึ่งรบกวนเวลาในการทำงาน ประกอบกับประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อาจทำให้ถูกลดปริมาณของงานลง เปลี่ยนงานหรือต้องออกจากงาน ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าและสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง

3.9.3. สูญเสียฐานะทางเศรษฐกิจ (loss of possessions of financial status) จากการที่สูญเสียการงานทำให้รายได้น้อยลง ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ไม่มีประกันสังคมหรือไม่มีองค์กร มูลนิธิต่างๆ ช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องให้คู่สมรสเป็นฝ่ายเลี้ยงครอบครัว รวมทั้งจัดการเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนทำให้ผู้ป่วยเกิดความระอาย เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทในครอบครัว และการยอมรับนับถือตนเอง (self esteem) ลดลง

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่สามารถทดแทนการทำงานของไตได้ทั้งหมด ซึ่งไตปกติทำงานสัปดาห์ละ 168 ชั่วโมง ถึงแม้ประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องไตเทียมคิดเทียบต่อนาทีที่มีประสิทธิภาพเท่ากับหรือมากกว่าการทำงานของไตปกติ แต่เมื่อรวมจำนวนชั่วโมงการทำงานของไตต่อสัปดาห์แล้วมีเพียง 8-10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเท่ากับ 6-7 ของชั่วโมงการทำงานของไตปกติเท่านั้น อีกประมาณ 150 ชั่วโมงที่เหลือ เป็นช่วงเวลาที่ของเสีย ยังคงสะสมในร่างกาย การควบคุมและการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยในรายที่ประสิทธิภาพการทำงานของไตเสื่อมลงไม่มาก การรับประทานอาหารที่ถูกต้องสามารถช่วยลดการสร้าง และการสะสมของของเสียในร่างกายทำให้อาการบางอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนลดลง สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดย

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับประทานอาหารที่ถูกต้องช่วยลดระดับยูเรียใน โตรเจนและระดับฟอสเฟตในเลือดลง (ชวลิต รัตนกุล, 2537)

ปัญหาด้านโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง (เกรียง ตั้งสง่า, 2537 ; 2542)

1. ปัญหาพื้นฐานในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่องมีปัญหาด้านโภชนาการหลายประการ คือ

1.1. ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต กรดไขมันอิ่มตัวและโปรตีน การรับประทานโปรตีนมากหรือน้อยเกินไปเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย หากรับประทานโปรตีนมากเกินไป อาจเกิดการสะสมของเสียในร่างกายมากและถ้ารับประทานโปรตีนน้อยเกินไป ในระยะยาวทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและเพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยได้

1.2. การสะสมของเสีย ในช่วงที่ไม่ได้ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของเสียบางชนิดถูกกำจัดออกง่ายระหว่างทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่บางชนิดถูกกำจัดออกได้ยาก ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์ในระบบอวัยวะต่างๆ และเกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา

1.3. มีการสร้างสารบางชนิดลดลง ได้แก่ วัน-เอลฟาไฮดรอกซีเลต (1-alpha hydroxylase) ฮิสติดีน (histidine)

1.4. มีการสูญเสียสารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายประการ คือ

2.1. การเปลี่ยนแปลงของโปรตีนและเมตาบอลิซึมของกรดอะมิโน

2.1.1. ระดับพลาสมาและกรดอะมิโนอิสระในเซลล์ อาจมีการสูญเสียกรดอะมิโนอิสระทางน้ำยาฟอกเลือด ได้ถึงครึ่งละ 7-14 กรัม

2.1.2. มีการสลายโปรตีน เกิดคูลโปรตีนลบและมีน้ำหนักตัวลดลงมากขึ้น เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ระดับกรดอะมิโนที่จำเป็นในพลาสมาและในเซลล์ลดลง การรับประทานอาหารลดลง การเสียเลือด เป็นต้น

2.2. ความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง เซลล์มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยอินซูลินน้อยกว่าปกติ

2.3. ความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของไขมัน ได้แก่ การมีระดับไตรกลีเซอโรลในเลือดสูงขึ้น มีความผิดปกติในการนำกรดไขมันเข้าเซลล์

2.4. การเปลี่ยนแปลงของระดับวิตามิน อาจมีระดับวิตามินบี กรดฟอลิก และวิตามินซี ลดลง เนื่องจากอาจมีการสูญเสียไปทางน้ำยาฟอกเลือด

2.5. การเปลี่ยนแปลงระดับเกลือแร่ในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัสสาวะน้อย ทำให้ไม่สามารถขับเกลือแร่ที่สำคัญ ได้แก่ โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสเฟตและแมกนีเซียมทางปัสสาวะได้ เกิดการสะสมเกลือโซเดียมและน้ำในร่างกาย

ความรู้ทางโภชนาการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ เพราะความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ (Bloom, อ้างในสมาริ ฤณแสง, 2537) ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์หรือรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ (Good, อ้างในธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) ความรู้จึงเป็นพฤติกรรม ขั้นตอนของความสามารถทางสติปัญญา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, อ้างในกัญญา บุตรจันทร์, 2542) และเป็นข้อมูลในเรื่องหลักการ หรือความคิดรวบยอดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เนื่องจากมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าก่อนที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเช่นไร บุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ก่อนและพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น

ตามทฤษฎีการเรียนรู้การให้ความรู้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือมีการปฏิบัติตามมา โดยมีขั้นตอนดังนี้ (สุทธิดา แก้วขจร, 2540)

1. การรับรู้ เป็นขั้นของการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เข้ามาสัมผัสกับผู้เรียน โดยทางอวัยวะสัมผัสต่างๆ จากนั้นผู้เรียนมีการจัดหมวดหมู่ของสิ่งที่รับรู้ และแปลความหมายโดยอาศัยสติปัญญาและประสบการณ์เดิม ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน

2. การรับความรู้ หลังจากแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้แล้วรับไว้เป็นความรู้ใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางความรู้เท่านั้น แต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ออกมาเป็นการกระทำจนกว่าจะมีโอกาส เช่น เมื่อถามสามารถตอบได้ เป็นต้น.

3. การเก็บสะสมความรู้ เป็นขั้นที่เก็บความรู้ที่ได้รับมาเป็นความจำ ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ได้ ความจำมีทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว ดังนั้นการให้ความรู้ควรจัดให้ผู้เรียนได้รับความจำระยะยาว เพราะเป็นปัจจัยสำคัญของการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

4. การนำความรู้ออกมาใช้ หลังจากที่มีความรู้ถูกเก็บสะสมไว้เป็นความจำจะถูกเรียกออกมาใช้ในลักษณะของการบอกได้และปฏิบัติได้ ซึ่งการปฏิบัติได้หรือกระทำได้นี้ถือเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์

ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กัน และต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างความรู้จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติด้วยเสมอ (Fabiyl, อ้างในสุดธิดา แก้วขจร, 2540)

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์แล้วว่า อาหารมีความสำคัญในการป้องกันและรักษาโรค การได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยบรรเทา และรักษาอาการของโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคไต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต ทำการงาน อาชีพต่อไปได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี (วลัย อินทรมพรรย์, 2540) โดยมีหลักการและวิธีการกำหนดอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่องดังนี้ (ชวลิต รัตนกุล, 2537 ; 2542)

พลังงาน

ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดไม่ต่างจากความต้องการของคนปกติและยังคงต้องการสารอาหารหลัก โดยมีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อให้กลับคืนสู่ปกติโดยเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อเยื่อของอวัยวะภายในต่างๆ ควรจัดอาหารให้ได้รับพลังงาน 35-40 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว (dry weight) 1 กิโลกรัม

คาร์โบไฮเดรต

สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตในอาหาร ควรเท่ากับประมาณร้อยละ 50 ของพลังงานทั้งหมด จึงให้ผู้ป่วยรับประทานข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าว เช่น ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ เป็นอาหารหลักให้เพียงพอ หากยังรับประทานอาหารได้น้อย จำเป็นต้องใช้ขนมของหวาน เจลลี่ แยมและน้ำผึ้งเข้ามาช่วยเพิ่มคาร์โบไฮเดรต

โปรตีน

ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารโปรตีนสูงบางชนิด ได้แก่ ไข่แดง นมสดและเนย เพราะอาหารดังกล่าวมีโปรตีน ฟอสเฟตและโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับประมาณ 60-70 กรัมต่อวัน ในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักปกติ โดยที่ 2/3 ของโปรตีนควรได้จาก เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ขาว เป็นต้น

ไขมัน

ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงช่วยให้ได้พลังงานเพียงพอ ปริมาณไขมันที่ให้พลังงานไม่ควรเกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด ซึ่งได้แก่การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ติดมันน้อย เนื่องจากสัตว์ปีกและปลา ประกอบอาหารโดยวิธีต้ม นึ่ง หากต้องใช้น้ำมัน ควรใช้น้ำมันถั่ว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันทานตะวัน. ควรหลีกเลี่ยงไขมันจากเนื้อสัตว์ น้ำมันสัตว์ รวมทั้งน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มและครีมต่างๆ ที่ใช้ใส่กาแฟและชา เป็นต้น

เกลือแร่

เกลือแร่หลายชนิดมีความสำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่

1. โซเดียม (Na) และน้ำ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถขับถ่ายโซเดียมออกได้ จึงมีโซเดียมและน้ำสะสมในร่างกายเกิดอาการบวม ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การกำจัดโซเดียมและน้ำจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยต้องจำกัดโซเดียมในระดับ 2000 มิลลิกรัมต่อวัน และดื่มน้ำได้ไม่เกินวันละ 500 มิลลิตร หรือประมาณ 2 แก้วขนาดกลาง

2. โพแทสเซียม (K) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขับถ่ายปัสสาวะได้น้อย มักมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง จึงต้องมีการจำกัดโพแทสเซียมในอาหาร เพื่อป้องกันระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งมีผลต่อการเต้นของหัวใจ

3. แคลเซียมและฟอสฟอรัส (Ca ,P) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมักมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือด เมื่อมีฟอสฟอรัสในเลือดสูงแต่แคลเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเซกคันดารีไฮเปอร์พาราไทรอยด์ิซึม (secondary hyperparathyroidism) และความผิดปกติของกระดูกที่เกิดจากไต (renal osteodystrophy) จึงจำเป็นต้องจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง และเสริมแคลเซียมให้เพียงพอ อาหารที่มีแคลเซียมมากมักมีฟอสฟอรัสมากด้วยและอาหารที่มีโปรตีนสูงมักมีฟอสฟอรัสสูง

4. ธาตุเหล็ก (Fe) โรคไตวายเรื้อรังมักมีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากขาดฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกจึงต้องให้รีคอมไบแนนท์ฮิวแมนอีริโทรพอยอิติน (recombinant human erythropoietin : rHuEPO) ทำให้มีการใช้ธาตุเหล็กเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ปริมาณธาตุเหล็กในเลือดและในร่างกายลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ซึ่งมีฟอสฟอรัสมากด้วย อาจทำให้เกิดภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (hyperphosphatemia)

ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ จึงจำเป็นต้องให้ธาตุเหล็กเสริมในรูปยามากกว่าการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก

5. ธาตุสังกะสี (Zn) เป็นส่วนประกอบของเอ็นไซม์หลายชนิดในร่างกาย จำเป็นในระบบภูมิคุ้มกันโรค การเติบโตของร่างกาย การสังเคราะห์โปรตีนและกรดนิวคลีอิก และการรับรู้กลิ่น รส ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมักพบว่าการขาดธาตุสังกะสี เนื่องจากมีความผิดปกติของการเผาผลาญธาตุสังกะสี (zinc metabolism) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีอาการยูรีเมียจะมีระดับธาตุสังกะสีในเลือดต่ำ รวมทั้งในส่วนอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้อาจเกิดจากการจำกัดอาหารโปรตีนและได้รับธาตุสังกะสีไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากการสูญเสียธาตุสังกะสีไปทางปัสสาวะ การล้างไตหรือสูญเสียธาตุสังกะสีทางอุจจาระ นอกจากนี้ยาบางตัวก็จะลดการดูดซึมของธาตุสังกะสีด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับอาหารที่มีธาตุสังกะสีให้เพียงพอ

วิตามิน

วิตามินเป็นสารอาหารจำเป็นต่อร่างกาย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักมีอาการเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ประกอบกับการจำกัดสารอาหารบางตัว ทำให้ขาดวิตามินได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายที่รักษาด้วยการล้างไต

วิตามินตัวหนึ่งที่พบว่าขาดบ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไต ได้แก่ คาร์นิทีน (carnitine) คาร์นิทีนสังเคราะห์ได้ที่ตับและไต ผู้ที่เป็นโรคไตจะมีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์นิทีน (carnitine metabolism) จึงอาจขาดคาร์นิทีนได้ คาร์นิทีนมีบทบาทสำคัญในการเผาผลาญกรดไขมัน สารคีโตน กลูโคส และกรดอะมิโน การขาดจะทำให้เกิดไขมันสะสมในอวัยวะต่างๆ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และสูญเสียกล้ามเนื้อ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ทำการรักษาไม่หายขาด เนื่องจากพยาธิสภาพของไตส่วนใหญ่ไม่ฟื้นคืนสู่สภาพปกติ การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการรักษาเพียงเพื่อการประทังชีวิต หรือเป็นการควบคุมอาการมิให้อาการของโรคเลวลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ด้านโภชนาการเพื่อสามารถปฏิบัติตนในแนวทางที่เหมาะสม ในเรื่องของการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพราะในปัจจุบันการประกอบอาหารรับประทานเองในครอบครัว จะมีเฉพาะในครอบครัวใหญ่ๆ ส่วนครอบครัวเล็กที่อยู่กัน 2-3 คน มักนิยมบริโภคกับข้าวและอาหารสำเร็จรูป ซึ่งผู้ซื้อไม่สามารถที่จะควบคุมปริมาณของแร่ธาตุได้ เช่น เกลือแกง เครื่องปรุงรส สารปรุงแต่งต่างๆ อาหารบางชนิดก็ไม่ทราบส่วนประกอบ เมื่อรับประทานไปแล้วเกิดการสะสมของสารในกระแสเลือด เช่น โปแทสเซียม ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ตามมา อาหารไทยเป็นอาหารรสค่อนข้างจัด ส่วนประกอบของอาหารมี

มากมายหลายชนิด ปริมาณที่ใส่ในอาหารแต่ละชนิด ไม่มีการตวงสัดส่วนที่แน่นอนมักเป็นการ
ปรุงรสตามใจชอบ จึงทำให้เกิดความยุ่งยากในผู้ป่วยที่ติดรสอาหารอร่อย ๆ เมื่อถูกจำกัดการรับ
ประทานอาหารจึงหงุดหงิดในการรับประทานอาหาร

บุคคลได้รับความรู้เรื่องอาหารทั้งทางตรงและทางอ้อม ตั้งแต่วัยทารกเมื่อเวลาผ่านไปก็
รับเอาความรู้ในเรื่องนั้นเพิ่มขึ้นตามโอกาส โดยการเรียนรู้จากผู้อื่นในสังคม ทุกสังคมและ
วัฒนธรรมมีกำหนดกฎเกณฑ์อยู่ตามความรู้ความเข้าใจของสังคมนั้น บุคคลแต่ละชาติแต่ละภาษา
จึงมีความรู้เรื่องประโยชน์ของอาหารแต่ละประเภทไม่มากก็น้อยตามระดับความรู้ และความเชื่อ
ที่มีอยู่ในแต่ละยุคสมัยและตามระดับการศึกษาอบรมของแต่ละบุคคลและกลุ่มบุคคล ส่วนความรู้
ในเรื่องคุณประโยชน์หรือโทษที่ทำให้แสดงของอาหารต่างๆ อาศัยเกณฑ์ต่างกันไปตามความรู้
ความเข้าใจ ที่แต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอยู่ในขณะนั้น ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมี
ความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะโภชนาการของบุคคลนั้น บุคคลที่มีความรู้เรื่องอาหารอย่างถูกต้องจะ
บริโภคอาหารที่มีคุณภาพ เนื่องจากรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ต่อร่างกาย ควรเลือกซื้อมารับประทานและ
อาหารใดที่ไม่มีประโยชน์ควรละเว้น (วศิณา จันทศิริ, อ้างในสุมาลี คุณแสง, 2537) การขาด
ความรู้ทางโภชนาการ หรือความรู้เรื่องอาหารทำให้บุคคลนั้นบริโภคอาหาร ไม่ถูกต้องและไม่ถูก
สัดส่วน เนื่องจากไม่เข้าใจเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ดังนั้นความรู้ทางโภชนาการหรือ
อาหาร จึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (สมณฑา วัฒนสินธุ์, อ้างในสุมาลี
คุณแสง, 2537) จินตนา หย่างอารี (อ้างในสุมาลี คุณแสง, 2537) ให้ข้อคิดเห็นว่า การที่บุคคล
มีความรู้ทางโภชนาการหรือความรู้เกี่ยวกับอาหาร เช่น รู้ว่าในแต่ละวันควรรับประทานอะไรใน
ปริมาณเท่าใด ซึ่งความรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จะช่วยอย่างมากในการคิด ตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ
พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมายของความรู้ทางโภชนาการ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ
อาหารที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรบริโภค
และไม่ควรบริโภค

**พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา
โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิต ซึ่งสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนหมายถึงปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมีทั้งพฤติกรรมภายใน (covert behaviors) และพฤติกรรมภายนอก (overt behaviors) ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การเดิน ความรู้สึก ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญสุวรรณ, อ่างในกัญญา ศิริภากรกาญจน์, 2540)

พฤติกรรมกรรมการบริโภค (food behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภค และการนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งรวมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม การปรุงตลอดจนการบริโภคอาหาร (Krause, Suitor & Crowley, Valdecanas, อ่างในศิริวัฒน์ อายุวัฒน์, 2539) ความถี่และปริมาณของการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมของบุคคล หรือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจและปัจจัยทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันต่อภาวะโภชนาการ และในขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค พฤติกรรมกรรมการบริโภคเป็นพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) ซึ่งเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาซึ่งต้องอาศัย พฤติกรรมระดับต่างๆ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินี้ กระบวนการยอมรับความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ไปใช้ปฏิบัติ (adoption process) ซึ่งเป็น ขบวนการทางสมองที่ซับซ้อน และต่อเนื่องเป็นระยะๆ แบ่งออกเป็น 5 ระยะคือ (กัญญา ศิริภากรกาญจน์, 2540)

ระยะที่ 1 ระยะรับรู้ (awareness) เป็นระยะแรกเริ่มของขบวนการ คือ ได้รู้สิ่งใหม่ๆ ด้วยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้เรื่องราว

ระยะที่ 2 ระยะสนใจ ตื่นตัว (interest) เป็นระยะต่อเนื่องมาจากระยะรับรู้ คือ มีความสนใจในสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อมีความสนใจแล้วเกิดขบวนการทางสมองต่อไปอีกหลายอย่างที่สำคัญ คือ หาข้อมูลเพิ่มเติมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นจนพอใจ โดยวิธีการต่างๆ เช่น

การสังเกต การอ่าน การฟัง การซักถาม การกรองข่าวที่รู้มาจนพอใจ แล้วเริ่มผ่านสู่ระยะที่ 3 ของขบวนการยอมรับ

ระยะที่ 3 ระยะไตร่ตรอง ตัดสินใจ (evaluation, decision to try) จะเข้าสู่ระยะไตร่ตรองพิจารณาความรู้หรือสิ่งใหม่ ในระยะนี้อาจหาข้อมูลเพิ่มเติมอีกได้ เช่น ถามเพื่อนหรือผู้เคยมีประสบการณ์มาแล้วศึกษาพิจารณาหาทางได้ทางเสีย จนกระทั่งมีความเข้าใจพอสมควรหรือพอดีแล้ว เริ่มเข้าระยะการทดลองปฏิบัติต่อไป ในระยะนี้บางคนอาจอาจกินเวลานาน ก็ยังตัดสินใจไม่ถูกอยู่ในลักษณะลังเล

ระยะที่ 4 การทดลองปฏิบัติ (trial, implementation) ถ้าการทดลองใช้ได้ผลดีมีความพอใจจะใช้ต่อไป ถ้าทดลองใช้แล้วไม่ได้ผลดีไม่พอใจจะเลิกใช้ต่อไป แต่ถ้ามีความสนใจอยู่จะมีการไตร่ตรองและทดลองใหม่ อาจพยายามหาสิ่งลักษณะเดียวกันแต่มีคุณภาพดีกว่ามาใช้เพื่อให้ได้ผลดีในการปฏิบัติ

ระยะที่ 5 การยอมรับไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย เมื่อได้ทดลองปฏิบัติแล้วได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับจะนำมาใช้ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่หลายอย่างที่คนเราได้ยอมรับปฏิบัติติดต่อกันมาเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน อาจกลายเป็นความเชื่อถือยึดมั่นว่าความคิดหรือสิ่งนั้นจำเป็นต้องใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ ความถี่และปริมาณของการบริโภคอาหาร ทั้งนี้เพราะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกและสามารถประเมินได้ โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความถี่และปริมาณของการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ช่วยลดการสร้างและสะสมของเสียในร่างกาย หากความถี่และปริมาณของการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีการสร้างและสะสมของเสียในร่างกายมากขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา

โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้างสลับซับซ้อน มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันแล้วแต่ว่าอยู่ในภูมิภาคใด และเป็นไปได้ยากที่จะมีความหมายเดียวกัน โดยเห็นพ้องต้องกันหมด ความหมายนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเวลา สถานที่และการรับรู้ของบุคคลที่มีประสบการณ์อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป คุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไปตามทฤษฎีของแต่ละบุคคล (เสาวรส ปริญญาจิตตะ, 2540 ; เตือนใจ เหงาจิน, 2542) คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ และสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม (จิรนุช สมโชค, 2540) คุณภาพชีวิตเป็นคำที่นักวิชาการสาขาต่าง ๆ กล่าวถึงและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิตอีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าหากบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดีและรวดเร็ว ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการนอกเหนือไปจากการช่วยให้มีชีวิตรอด การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน (จิระภา รัตนกิจ, 2540)

ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และในวงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนการพัฒนารสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 ได้ใช้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพเช่นกัน (นฤมล ศาสตร์สุข, 2540) นักวิชาการได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตและให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันไป ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ส่วนใหญ่ความหมายเหล่านั้นมีความหมายคล้ายคลึงกัน หรือสอดคล้องกันจะแตกต่างกันในส่วนรายละเอียดหรือจุดเน้น ตามศาสตร์หรือวิชานั้นดังนี้

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนไทย เริ่มมาจากแนวความคิดในเรื่องความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของประเทศไทยที่เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้จัดตั้งโครงการพัฒนาสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นตามเป้าหมาย “คุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า ปี 2543” (Quality of life For all by the year 2000) ตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศไว้ และจากแนวความคิดในเรื่องความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ดังกล่าว ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยปราศจากการตอบสนองด้วยความจำเป็นพื้นฐานที่เกิดจากการวินิจฉัยของมนุษย์เอง โดยมีนักวิชาการได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับ

ถึงจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ควรประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ (อังคณา เรือนก้อน, 2540)

1. ความต้องการขั้นต่ำของครอบครัว ทางด้านบริโภคซึ่งเกี่ยวข้องกับภารกิจต่าง ๆ ที่พอเพียงที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต คือ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เครื่องมือ เครื่องใช้และ สิ่งของเบ็ดเตล็ดในครัวเรือน ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวก

2. บริการต่างๆที่จำเป็นสำหรับชุมชน เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ ไฟฟ้า การสาธารณสุข การคมนาคมและการขนส่ง ตลอดจนความปลอดภัยในสังคม

3. สิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น สิทธิของการมีส่วนร่วมของประชาชน ความเชื่อมั่นว่าตนเองย่อมช่วยเหลือตนเองได้ของคนในชุมชน

4. การมีงานทำซึ่งเป็นจุดหมาย และแนวทางหรือเครื่องมือที่จะช่วยให้บุคคลถึงจุดหมายของการขจัดปัญหาความยากจน เมื่อมีงานทำก็ย่อมมีรายได้มาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันด้วย

โอเร็ม (Orem, อ้างในนัยนา พิพัฒน์วิศิธา, 2535 ; จีระภา รัตนกิจ, 2540) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ โดยบุคคลสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย

แคนทริล (Cantril, อ้างในนัยนา พิพัฒน์วิศิธา, 2535) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตไม่ใช่เงื่อนไขเพียงแต่ทางร่างกายตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตเป็นการตัดสินใจและประเมินลักษณะดังกล่าวของตนเองเป็นการที่บุคคลรับรู้ โดยการใช้กระบวนการทางสติปัญญา ประมวลภาพรวมความเป็นจริงในโลกของตนเอง ซึ่งแสดงออกในความหมายของตนเอง โดยปราศจากการยึดถือข้อกำหนดใด ๆ ทั้งสิ้น

แคมป์เบล (Campbell et al., อ้างในอัญชลี ตรีตระกูล, 2540 ; ดวงใจ เปลี้นบำรุง, 2540 ; จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539 ; บังอร ฤทธิอุดม, 2536) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็น ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวังผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจ (Dean, Jackle, อ้างในบังอร ฤทธิอุดม, 2536) หรือไม่พึงพอใจ มีความสุขหรือไม่มีความสุขเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

ซาน (Zhan, อ้างในดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540 ; จีระภา รัตนกิจ, 2540 ; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

วอลเลส (Wallace, อ้างในอัญชลี ตรีตระการ, 2540) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงองค์ประกอบทั้งหลายที่ให้ความพึงพอใจ (satisfy) แก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกาย (physical) และจิตใจ (psychological) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

นิโคลัส เบนเนท (อ้างในอังคณา เรือนก้อน, 2540 ; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตของคนแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การที่คนมีฐานะดีมีรายได้แน่นอน มีบ้านอยู่เป็นของตนเองต้องการอะไรก็ได้ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนยากจนที่รายได้ไม่แน่นอน หรือไม่นั้นไม่อาจตัดสินใจได้ คนที่มีรายได้สูงไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนที่รายได้ต่ำ คุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์อยู่กับปัจจัยความต้องการ 2 ระดับคือ

1. ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคลทุกคน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าสำหรับสวมใส่ สุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยและมีเศรษฐกิจดี สังคมดี

2. ปัจจัยความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคมและวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการจุดมุ่งหมายของชีวิต ชีวิตที่กลมกลืนกับครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

มีผู้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ในด้านต่าง ๆ หลายท่าน แต่แนวความคิดของมาสโลว์ (Maslow, อ้างในบังอร ฤทธิ์อุดม, 2536 ; จันทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539 ; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540 ; อังคณา เรือนก้อน, 2540 ; อัญชลี ตรีตระการ, 2540 ; จิตตวดี เจริญทอง, 2542) เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ และความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (motivation theory) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และมนุษย์มีลักษณะเฉพาะคือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา เมื่อใดที่มีความต้องการเกิดขึ้น (need) จะมีแรงขับหรือแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำ (action) เพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจนเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) จากการทำได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการ หรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุด และเห็นได้ชัดที่สุดจากความต้องการทั้งหมด เป็นความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม อากาศ การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทาง

เพศ ความต้องการความอบอุ่น ตลอดจนความต้องการที่จะถูกกระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส แรงขับของร่างกายเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความต้องการของชีวิต ความพึงพอใจที่ได้รับในขั้นนี้จะกระตุ้นให้เกิดความต้องการในขั้นสูงกว่า หากบุคคลใดประสบความล้มเหลวที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานนี้ จะไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (safety and security needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับความพึงพอใจแล้ว บุคคลจะพัฒนาการไปสู่ขั้นใหม่ต่อไป มาสโลว์กล่าวว่า บุคคลจะไฝ่หาความปลอดภัยด้วยกันทั้งสิ้น ศาสนา และปรัชญาที่มนุษย์ยึดถือทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เพราะทำให้บุคคลได้จัดระบบของตนเองให้มีเหตุผลและวิถีทางที่ทำให้บุคคลรู้สึก “ปลอดภัย”

3. ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ (love needs and belonging needs) เป็นความต้องการขั้นที่ 3 ความต้องการนี้เกิดขึ้นเมื่อความต้องการทางด้านร่างกาย และความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลต้องการได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น สมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะรู้สึกเจ็บปวดมากเมื่อถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนยอมรับ หรือถูกตัดออกจากสังคมไม่มีเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจำนวนเพื่อนญาติพี่น้องสามีหรือภรรยาหรือลูกได้ลดน้อยลง ความรักที่แท้จริงคือความรู้สึกที่ดี ความรักที่มีลักษณะทั้งการรู้จักให้ความรักต่อผู้อื่นและรู้จักรับความรักจากผู้อื่น การได้รับความรักและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังนั้นบุคคลที่ขาดความรักจะรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า มีความรู้สึกอ้างว้าง คับข้องใจ และเกลียดแค้น

4. ความต้องการด้านความภาคภูมิใจ (esteem needs) เมื่อความต้องการได้รับความรักและการให้ความรักแก่ผู้อื่นเป็นไปอย่างมีเหตุผล และทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจแล้วพลังผลักดันในขั้นที่ 3 จะลดลง และมีความต้องการในขั้นต่อไปมาแทนที่ กล่าวคือมนุษย์ต้องการความภาคภูมิใจที่จะได้รับความนับถือยกย่องเป็นลำดับต่อไป มาสโลว์ได้แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ ความต้องการนับถือตนเอง (self-respect) และความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (esteem from other) และมาสโลว์ได้กล่าวว่า เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ที่บุคคลจะย้อนกลับจากระดับความต้องการในขั้นที่ 4 กลับไปสู่ระดับขั้นที่ 3 อีก หากความต้องการระดับขั้นที่ 3 ซึ่งบุคคลได้รับไว้แล้วนั้นถูกกระทบกระเทือนหรือสูญสลายไป ความพึงพอใจของความต้องการได้รับการยกย่องโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกและทัศนคติของความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกว่ามิชีวิตอยู่อย่างมีประโยชน์ มาสโลว์ย้ำว่าความต้องการได้รับการยกย่องที่เป็นความรู้สึกถูกต้องสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับ

การได้รับการยกย่อง และการยอมรับจากผู้อื่นอย่างจริงใจมากกว่า การมีชื่อเสียงจากสถานภาพ หรือการได้รับการประจบประแจง

5. ความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (needs for self actualization) เป็นลำดับขั้นสุดท้าย ถ้าความต้องการลำดับขั้นก่อน ๆ ได้ทำให้เกิดความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการขั้นนี้ก็จะเกิดขึ้น การประจักษ์ในคุณค่าแห่งตนเป็นความต้องการความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลที่จะประสบผลสำเร็จในขั้นสูงสุดนี้ต้องใช้พลังอย่างเต็มที่ ในการกระทำสิ่งที่ท้าทายความสามารถและศักยภาพของเขา และมีความปรารถนาที่จะปรับปรุงตนเอง พลังแรงขับของเขาจะกระทำพฤติกรรมตรงกับความสามารถของตน ความต้องการการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มิได้มีแต่เฉพาะในศิลปินเท่านั้น คนทั่วไปสามารถจะมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงได้ หากทุกคนสามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการให้ดีที่สุด

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจของบุคคล จึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่างๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิตอัน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (บังอร ฤทธิอุดม, 2536 ; จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539)

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้หลายแนวทาง มีแนวความคิดที่กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิต แคมป์เบลและคณะ (Campbell et al., อ้างในนฤมล ศาสตร์สุข, 2540) รายงานว่าในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป แต่ละบุคคลจะตอบโดยใช้คำว่าความพึงพอใจในชีวิต เมื่อถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเขา จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวางทั้งในสุขภาพดีและเจ็บป่วย ในทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตมีผู้กล่าวถึงในหลายลักษณะด้วยกันดังนี้

องค์การยูเนสโก มีเบอร์กและซาน (UNESCO, Meeberg, Zhan, อ้างในจิระภา รัตนกิจ, 2540) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงปรนัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา เป็นต้น

2. ตัวบ่งชี้เชิงอัตนัย (subjective indicators) เป็นการประเมินด้านข้อมูลด้านจิตวิทยา เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, อ้างในดวงใจ เปลี้นบำรุง, 2540) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับโดยประเมินออกมาเป็นคะแนนโดยรวมทั้งหมด

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้ (เดือนใจ เหงาจิ้น, 2542)

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตซึ่งแคนทริล (Cantril, อ้างในเดือนใจ เหงาจิ้น, 2542) ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนี้ถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อปัญหา สัญลักษณ์และสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้เป้าหมายและการให้ คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, อ้างในเดือนใจ เหงาจิ้น, 2542) ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ

อาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ (Zhan, อ้างในเตือนใจ เหงาจิ้น, 2542)

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา นักวิจัยส่วนมากสร้างเครื่องมือตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลทั่วไปจะประเมินถึงความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ แต่ในบุคคลที่เจ็บป่วยจะต้องคำนึงถึงผลกระทบจากโรค การรักษาและการปรับแผนการดำรงชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากโรค เป็นหลักสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความเหมาะสมในแต่ละโรค แต่ในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงหรือมาตรฐานที่แน่นอน กิลล์และเฟินสไตน์ (Gill & Feinstein, อ้างในเตือนใจ เหงาจิ้น, 2542) ให้ความเห็นว่าการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด และภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งข้อคำถามที่เป็นที่ยอมรับและมีมาตรฐาน ส่วนการที่ผู้ศึกษาเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบ ขึ้นกับทักษะและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่องค์ประกอบที่เป็นผลจากโรคและการรักษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วย และการรักษาย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติ และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับเรื่อง ต่าง ๆ ของชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ คือความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์โดยการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ปรารถนาเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจนเกิดความพึงพอใจ จากการบรรลุตามความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้น เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ได้รับคามนิยมอย่างกว้างขวาง โดยเริ่มจากความต้องการขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องการและพัฒนาสู่ความต้องการขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากนฤมล ศาสตร์สุข (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของมาสโลว์ออกเป็น 5 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านความภาคภูมิใจและด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิต

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์สำคัญของชีวิต (Orem, อังโนนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2535) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ประสิทธิภาพการรับรู้และการเรียนรู้ลดลง นอกจากนี้เพศยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในสังคมและครอบครัวโดยเฉพาะสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวและสังคมทั่ว ๆ ไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ประกอบกับความสามารถที่ลดลง อาจทำให้รู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าได้ เกิดความรู้สึกไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนเพศหญิงการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงเช่นกันแต่น้อยกว่าชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านต่าง ๆ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, อังโนนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2540) สอดคล้องกับมุขเลนแคมป์และโบรเออร์แมน (Muhlenkamp & Broerman, อังโนนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2540) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าทางสังคมและการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี พบว่า เพศหญิงจะปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารดีกว่าเพศชาย และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา (2535) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ และเพ็ญศรี มานิตย์ศิริกุล (2537) ศึกษาดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ แต่การศึกษาของ อ่าวและคณะ (Auld et al., 1991) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับไขมันและคอเลสเตอรอลในผู้ใหญ่ที่มีเพศแตกต่างกัน จำนวน 88 ราย พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้และไม่รู้ในเนื้อหาไม่แตกต่างกัน และ ศิริพร ลิมปพัฒนานนท์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตก พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ สามารถบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากภายนอกเป็นไปได้ไม่ดี ประกอบกับความสามารถในการจำลดลง (Wold, อ้างในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และเป็นปัจจัยทางด้านประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรม เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) นอกจากนี้แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาแตกต่างกัน พบว่า บุคคลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี การเจ็บป่วยและการรักษาจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมาย และเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐานให้ชีวิต ต่างจากผู้ป่วยวัยกลางคนที่มึนงานทำเป็นหลักฐาน รู้สึกมีความมั่นคงและหลักฐานให้ชีวิต จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, อ้างในนัยนา พิพัฒน์วิไลชา, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์ (อ้างในสุมาลี คุณแสง, 2537) พบว่า คุณค่าทางอาหารที่มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่บริโภคนั้นมีความสัมพันธ์กับอายุของมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ โดยกลุ่มมารดาที่มีอายุมากจะบริโภคอาหารที่มีคุณค่ามากกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุน้อย และนงนุช บุญยัง (2536) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และ ทิพย์วรรณ วัจนตรา (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และทัศนีย์ จินางกูร (อ้างในจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ แตกต่างกัน แต่การศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและกาปฏิบัติตน เพื่อ

ป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรค ไวรัสตับอักเสบบี พบว่า อายุ ไม่มีผลต่อความรู้เรื่องโรคของมารดา

สถานภาพสมรส เป็นตัวชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนด้านความรู้ทางโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง และเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยให้บุคคลมีความภูมิใจ คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดและช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทั้งทางด้านความรู้ทางโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง นอกจากนี้คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ส่งผลให้มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองและช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทั้งทางด้านความรู้ทางโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรค หมาย หยาหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนและให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมักได้รับความช่วยเหลือปลอบโยนจากคู่สมรส ซึ่งสามารถลดความเครียดต่างๆ ได้ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (นัยนา พิพัฒน์วิมลชา, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของ แมทซ์ (Matz, อ้างในจิรนุช สมโชค, 2540) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียคู่สมรส อาจจะสูญเสียความสนใจในการเตรียมตัว ในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสม แต่การศึกษาของ ลิกา จิตติกรมย์ (2537) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (อ้างใน ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความผาสุกและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การศึกษา การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และมีเหตุผล เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการ ซึ่งอาจกระทำโดยการอ่านตำรา เอกสาร หรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดี ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา มีความสามารถในการใช้

เหตุผล ในการพิจารณาตัดสินใจกระทำกิจกรรม (Orem, อ้างในรัชสุรีย์ จันทเพชร, 2536) การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ, อ้างในเสาวรส ปริญญะจิตตะ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิไล แสงวัฒน์ (2533) ศึกษาความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดยาเสพติดที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการกินเมทธาโดน พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และโอเบรอน (Obrian, อ้างในคารุง์ สุภากรณ์, 2540) พบว่า ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนตาม แนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักมีข้อจำกัดในการเข้าใจถึงผลการรักษาในเรื่องการจำกัดอาหารที่มี โซเดียมและโพแทสเซียม และโซพรรณ โพทะยะ (อ้างในธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้าน สุขภาพกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เรื่องโรคต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, อ้างในเสาวรส ปริญญะจิตตะ, 2540) ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ความสามารถในการแสวงหาความรู้ หาข้อมูล ชักถามปัญหา เข้าใจแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าและการ ศึกษาสูงจะเอื้ออำนวยให้บุคคลประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ดีทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้ดีกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และประภา รัตนเมธานนท์ (อ้างในเสาวรส ปริญญะจิตตะ, 2540) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่การศึกษาของ กาญจนา ประสารปราน (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนงนุช บุญยัง (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ช่วยให้บุคคลมีโอกาสนในการหาความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สอดคล้องกับโรคและการรักษาที่ได้รับ โดยระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาในการรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา และผลของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ๆ จะหยุดปฏิบัติตามคำแนะนำ (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) ระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นประสบการณ์เรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพในแนวทางที่ถูกต้อง ดังนั้นระยะเวลาในการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในการศึกษาผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วมกับการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประกอบกับการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้และมีความล้มเหลวในการวางแผนชีวิตของตนเองและครอบครัว (ดาวรุ่ง สุภาพรณ, 2540) โดยในช่วงแรกของการรักษาเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการการปรับตัว และเรียนรู้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ในการรักษา รวมทั้งการปรับตัวต่อผลกระทบ จากความเจ็บป่วยและบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและรับรู้ว่าเป็นภาระมาก ในระยะที่ยังปรับตัวได้ไม่ดี ต่อมาเมื่อระยะเวลาของการรักษายาวนานขึ้นจะมีการเพิ่มพูน ประสบการณ์และทักษะมีการปรับตัวได้มากขึ้น ความรู้สึกเครียดและเป็นภาระจะลดน้อยลง (Zarit et al., Cited in et ai., อ้างในทิพย์วรรณ วิงเกตรา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาของสิภาจิตติภรณ์ (2537) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ กาญจนา ประสารปราน (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทิพย์วรรณ วิงเกตรา (2541) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบบรรยายเชิงสัมพันธ์ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยความรู้ทางโภชนาการครอบคลุมถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรบริโภคและไม่ควรบริโภค ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางโภชนาการที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารครอบคลุมถึง การบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ ความถี่และปริมาณในการบริโภคอาหาร ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และคุณภาพชีวิตครอบคลุมถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ 5 ด้าน ประกอบด้วย ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการด้านความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการด้านความภาคภูมิใจและความต้องการด้านการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามกรอบแนวคิดของมาสโลว์ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตซึ่งตัดแปลงมาจากนฤมล ศาสตร์สุข .โดยเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรู้ทางโภชนาการที่ดี ทำให้มีแนวทางในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม โดยสามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและสอดคล้องกับการรักษาที่ได้รับหรือการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี ทำให้การรักษาที่ได้รับมีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด