

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การผ่าตัดเปลี่ยนไต
2. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต
3. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต
5. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
6. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

การผ่าตัดเปลี่ยนไต (renal transplantation)

การผ่าตัดเปลี่ยนไต คือการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย โดยการใช้ไตจากผู้อื่น มาทำหน้าที่แทนไตเก่าของผู้ป่วยซึ่งสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรแล้ว ปัจจุบันถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ทั้งในวัยเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากถ้าไตใหม่ทำหน้าที่ได้ดีแล้ว สามารถทดแทนไตได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งมีอายุยืนยาวกว่าการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่น (สุรสิทธิ์ พรหมมูล, 2544, หน้า 66) การผ่าตัดเปลี่ยนไตเริ่มต้นมาจาก นายแพทย์ชาวรัสเซีย ชื่อ ยู ยู โวโรนอย (Yu Yu Voronoy) ได้เริ่มผ่าตัดเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2476 และมีวิวัฒนาการเป็นลำดับเรื่อยมา จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2502 ชวาร์ซ และแดมเชค (Schwartz & Dameshek) ได้เริ่มนำยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive agents) มารักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ทำให้ไตใหม่อยู่ได้นานขึ้น ต่อมา มีการค้นพบยากดภูมิคุ้มกันใหม่ ๆ มากขึ้น และนับตั้งแต่มีการใช้ยาไซโคลสปอริน (Cyclosporine) ในปี ค.ศ. 1967 ทำให้อัตราการอยู่รอดของไตได้พัฒนาดีขึ้น โดยมีอัตราการอยู่รอดของไตในหนึ่งปี เท่ากับ 60-80% (โสภณ จรสิริธรรม, 2544, หน้า 107) การผ่าตัดเปลี่ยนไตในปัจจุบันประสบผลสำเร็จสูงขึ้น และใช้เป็นการรักษาอย่างแพร่หลาย สำหรับ

ในประเทศไทย ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนไตครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2515 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนไตทั้งสิ้น 26 แห่ง มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2544 จำนวน 2,173 ราย (ถนอม สุภาพร, 2544, หน้า 2) และเนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนไตในปัจจุบันได้รับความสำเร็จอย่างสูง ทำให้มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย มีโครงการสนับสนุนโครงการการผ่าตัดเปลี่ยนไต ให้แก่สถาบันต่างๆทั่วประเทศ

การผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นกระบวนการผ่าตัดโดยคณะแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ซึ่งหลักการของการผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นการนำไตของผู้บริจาค (donor) เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยหรือผู้รับไต (recipient) ซึ่งผู้บริจาคมักมีทั้ง ผู้บริจาคที่มีชีวิต (living related donor) และ ผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้ว (cadaveric donor) ทั้งผู้บริจาคและผู้รับไต จะต้องผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ ทั้งกลุ่มเลือด และการเข้ากันของเนื้อเยื่อ การพิจารณาเลือกผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนไตนั้น มีประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ และปัญหาการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด ที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการผ่าตัดได้ (พรรณนุปผา ชูวิเชียร, 2538, หน้า 37)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้เสมอ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตแบ่งเป็น ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจและสังคม ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อย ได้แก่

1.1 ภาวะสลัดไต (rejection) เกิดจากการที่ร่างกายถือว่าไตใหม่นั้นเป็นสิ่งแปลกปลอม และจะต้องถูกกำจัดโดยกระบวนการทางภูมิคุ้มกัน มักพบบ่อยใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด และในระยะยาวหลังผ่าตัดก็สามารถพบได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสลัดไต ได้แก่ ระดับยาไซโคลสปอริน ที่ต่ำเกินไป และมีการติดเชื้อบ่อยครั้ง ภาวะสลัดไตมี 2 ลักษณะคือ (ดุสิต ล้ำเลิศกุล, 2539, หน้า 360)

1.1.1 ภาวะสลัดไตเฉียบพลัน (acute rejection) อาจพบได้ตั้งแต่ 10 วัน จนถึง 4 เดือน หลังผ่าตัด อาการและอาการแสดงคือ มีไข้ ปวดบวมบริเวณไตใหม่ และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ จำนวนปัสสาวะลดลงอย่างรวดเร็ว

1.1.2 ภาวะสลัดไตเรื้อรัง (chronic rejection) มักเกิดหลังจากผ่าตัดแล้ว 6 เดือนขึ้นไป หน้าที่ของไตจะค่อยๆ ลดลง ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ สิ่งที่พบก่อนเสมอคือความดันโลหิตสูง บวมเนื่องจากมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย น้ำหนักขึ้นมากจนควบคุมไม่ได้

1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันต้านทานไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะสลัดไต ซึ่งยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนมากแม้ว่าจะใช้อย่างระมัดระวังก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มียากดภูมิคุ้มกันต้านทานที่ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Johnson, 1995, หน้า 104) ในที่นี้จะกล่าวถึงยากดภูมิคุ้มกันต้านทานที่มีใช้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ดังนี้ (เสาวรส ปรินญาจิตตะ, 2540, หน้า 13-17)

1.2.1 คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ใช้ป้องกันการเกิดปฏิกิริยาต่อต้านอวัยวะ โดยใช้ร่วมกับยาไซโคลสปอริน (Cyclosporine) และใช้ในขนาดสูงเพื่อรักษาภาวะสลัดไต ผลข้างเคียง ทำให้ใบหน้ากลม น้ำหนักขึ้นมาก ลำตัวอ้วน เมาหวาน มีปัญหาทางสายตา ไชมัน ในเลือดสูง การเจริญเติบโตช้าในเด็ก ติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อรา และเชื้อไวรัส เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ ความดันโลหิตสูง อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระดูกเปราะ และผุง่าย

1.2.2 อะซาไธโอพรีน (Azathioprine) ใช้ป้องกันการเกิดภาวะสลัดไต ผลข้างเคียงคือมีฤทธิ์กดไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ตับและตับอ่อนอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น และมีโอกาสเกิดมะเร็งสูง โดยเฉพาะมะเร็งของผิวหนัง ชนิดสแควมัสเซลล์ (squamous cell carcinomas of skin) (Penn, 1995, หน้า 833)

1.2.3 ไซโคลสปอริน (Cyclosporine) ใช้ป้องกันการเกิดภาวะสลัดไต ซึ่งผลการใช้ดีมาก ทำให้อัตราการรอดของไตใหม่ยาวนานขึ้น ผลข้างเคียงคือมีฤทธิ์ต่อไต ทั้งแบบเฉียบพลัน ซึ่งจะทำให้ครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น ปัสสาวะน้อยลง ความดันโลหิตสูง ส่วนแบบเรื้อรัง จะมีการทำลายของหลอดเลือดฝอยที่ไต ทำให้ไตขาดเลือด นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต่อตับ ทำให้ระดับบิลิรูบินสูง ผิวหนังหนาขึ้นและหยาบกร้าน อ้วน ขึ้นขึ้นมาก ระดับของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดเกาท์เนื่องจากระดับของกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น

1.2.4 แอนติลิมโฟซัยท์ โกลบูลิน (antilymphocyte globulin : ALG) และ แอนติไทโมซัยท์ โกลบูลิน (anti-thymocyte globulin : ATG) ใช้ป้องกันการสลัดไตโดยใช้เป็นยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน และใช้เป็นยารักษาภาวะสลัดไตเฉียบพลัน ซึ่งให้ผลดีกว่าสเตียรอยด์ ผลข้างเคียงคือมีไข้ หนาวสั่น

1.2.5 โมโนโคลนัล แอนติบอดี (monoclonal antibody : MAB) ได้แก่ โอเคทีสาม (OKT3) เป็นยากดภูมิคุ้มกันที่แรงมาก ใช้รักษาภาวะสลดไต ที่ให้ผลดีมาก พบว่ามีผลสำเร็จถึงร้อยละ 94 แต่เนื่องจากมีราคาแพงมาก จึงมักใช้เป็นยาตัวที่สองเมื่อใช้ แอนติลิมโฟซัยท์ โกลบูลิน แอนติโทโมซัยท์ โกลบูลิน หรือ สเตียรอยด์ขนาดสูงแล้วไม่ได้ผล ส่วนการใช้เพื่อป้องกันภาวะสลดไตนั้น มักใช้ในผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตครั้งที่สอง หรือมีแอนติบอดีต่อตนเองมาก ผลข้างเคียงได้แก่ มีอาการแน่นหน้าอก หนาวสั่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำท่วมปอด ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการให้ยาลดไข้ ยาต้านฮีสตามีน และ สเตียรอยด์

1.2.6 โพรกราฟ (Prograf) จะใช้เมื่อยาสเตียรอยด์ โอเคทีสาม ไม่ได้ผลในการรักษา ผลข้างเคียงได้แก่ มีพิษต่อตับอ่อนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผมหงอก และถ้าระดับยาในเลือดสูงจะมีพิษต่อไต (โชคชัย เจริญดี, 2544, หน้า 78)

1.3. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่

1.3.1 โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีอุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองตีบ หรืออุดตัน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมากกว่าคนปกติถึง 25 เท่า (Meyer, Norman, & Danovitch, 1992, หน้า 173) ในต่างประเทศพบว่าโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 30-50 ของการตายทั้งหมดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต (Allen & Chapman, 1994, หน้า 72) โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตในระยะยาวมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (Starzl et al., 1990, หน้า 2361)

1.3.2 ความดันโลหิตสูง พบบ่อยประมาณร้อยละ 20-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งจะมีผลต่ออัตราการรอดของไตใหม่ และอัตราการรอดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต (Drakopoulos et al., 1991, หน้า 2191) สาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตคือ ภาวะสลดไตเฉียบพลัน การได้รับสเตียรอยด์ ทางเดินปัสสาวะอุดตัน การตายอย่างเฉียบพลันของท่อไต เส้นเลือดแดงตีบตันหลังการผ่าตัด ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง มีการสร้างเรตินจากไตเดิมมากขึ้น พิษจากยาไซโคลสปอริน และภาวะสลดไตเรื้อรัง (ดุสิต ล้ำเลิศกุล, 2531, หน้า 67)

1.3.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง พบมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kasiske & Umen, 1987, หน้า 309) ผู้ป่วยจะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อุบัติการณ์ของโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากอายุที่มากขึ้น ภาวะโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ เบาหวาน ภาวะไตเสื่อมสภาพ การใช้ยาขับปัสสาวะ ยาต้านแคลเซียม ยาไซโคลสปอริน และสเตียรอยด์ (Vathsala et al., 1989, หน้า 37)

1.3.4 เนื่องจากที่เกิดหลังการเปลี่ยนไต พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมีอัตราการเกิดเนื้องอก หรือมะเร็งของอวัยวะต่างๆสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบร้อยละ 1-16 ชนิดของมะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดของยากดภูมิคุ้มกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาอะซาทัยโอพรีน เป็นยาหลัก มักพบมะเร็งของผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 40 รองลงมาคือมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 21 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาไซโคลสโปรินเป็นยาหลัก มักพบมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 30 (Penn, 1995, หน้า 833)

1.3.5 ตับอักเสบ เกิดจากการฤทธิ์ข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกันทั้งอะซาทัยโอพรีน และไซโคลสโปริน หรือการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และไวรัสฉวยโอกาส

1.3.6 โรคของระบบทางเดินอาหาร พบไม่บ่อยนัก แต่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยบางราย ได้แก่แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ และตับอ่อนอักเสบ ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

1.3.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะเม็ดเลือดแดงสูงเกินปกติ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเกินปกติ การเกิดโรคไตเดิมซ้ำในไตใหม่ และพิษจากยาไซโคลสโปริน

2. ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจและสังคม

เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้ออย่างรุนแรง ภาวะสลดไตเฉียบพลันและเรื้อรัง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ และอาจต้องนอนโรงพยาบาล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ รวมทั้งจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษาของ เฟรย์ (Frey, 1990, หน้า 443) เรื่องความเครียดของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในสหรัฐอเมริกา จำนวน 48 คน พบว่าความเครียดอันดับแรกคือ ความรู้สึกกลัวที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก รองลงมาคือกลัวการเกิดภาวะสลดไต และการที่จะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ โดว์เซต (Dowsett, 1996, หน้า 2-7) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตในประเทศอังกฤษ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความวิตกกังวลในเรื่องภาวะสลดไต การต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกัน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต และการกลับไปประกอบอาชีพ และจากการศึกษาของ ไวท์ (White et al., 1990, หน้า 421) เรื่องความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมากกว่าครึ่งที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมหรือไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง และต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวอย่างถูกต้อง เพื่อให้ไตใหม่สามารถทำหน้าที่ได้นานที่สุด ดังนั้นทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวควรได้ศึกษาถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตอย่างถูกต้อง

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ไตใหม่สามารถทำหน้าที่ได้นานที่สุด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างถูกต้องเคร่งครัดตามแผนการรักษาของแพทย์ไปตลอดชีวิต ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติ นงนุช บุญยั้ง (2536, หน้า 14-23) และอมรา มโนยศ (2537, หน้า 9-11) ได้รวบรวมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตไว้ดังนี้

1.1 การบันทึกภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเห็นความสำคัญ และเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ เพื่อเป็นการป้องกัน และตรวจค้นหาความผิดปกติต่างๆ อันเนื่องมาจากผลของการผ่าตัดเปลี่ยนไต โดยสอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน คือ วัดไข้วันละ 2 ครั้ง หลังจากตื่นนอน และก่อนเข้านอน ชั่งน้ำหนักวันละ 1 ครั้ง ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ บันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในช่วง 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด นับชีพจร และวัดความดันโลหิต วันละ 2 ครั้ง

1.2 การเฝ้าสังเกตอาการของภาวะสลัดไต อาการและอาการแสดงของภาวะสลัดไตเฉียบพลัน คือ มีไข้ ปวดบวมบริเวณไตใหม่ และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ จำนวนปัสสาวะลดลงอย่างรวดเร็ว อาการและอาการแสดงของภาวะสลัดไตเรื้อรังคือ พบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง บวม เนื่องจากมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย น้ำหนักขึ้นมากจนควบคุมไม่ได้

1.3 การเฝ้าระวังและการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการสลัดไตใหม่ ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อน้อยลง มีโอกาสที่จะได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย การติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และการอักเสบของไตใหม่ เป็นต้น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้สะอาด ไม่อับชื้น อากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงการไปในแหล่งชุมชนที่มีคนแออัด หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้สัตว์หรือใช้ภาชนะเครื่องใช้ต่างๆ ร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่เจ็บป่วย

1.4 การใช้ยาคุมกำเนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ตามขนาดที่กำหนด และตรงเวลาสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับยาในเลือดมีสม่ำเสมอ ตลอดจนการเก็บรักษาตัวอย่างถูกต้อง รวมถึงการสังเกตอาการแสดงของผลข้างเคียงจากยาด้วย

1.5 การปรับกิจกรรมในสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตแต่ละรายมีสภาพร่างกายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะโรคที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด อายุ และผลการผ่าตัด ดังนั้น ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย ทั้งบทบาทในครอบครัวและการทำงานในสังคมจึงแตกต่างกันไป ภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นที่บ้าน และมีการดูแลสุขภาพที่ดีแล้วพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ ยกเว้นลักษณะงานเดิมที่ต้องใช้แรงมาก ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนงานเพื่อความเหมาะสม การออกกำลังกายสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยเริ่มทีละน้อยก่อน แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนถึงวันละ 1/2-1 ชั่วโมง หรือวันเว้นวันอย่างสม่ำเสมอ

1.6 การมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องได้รับการตรวจการทำหน้าที่ของไตใหม่ การปรับขนาดของยากดภูมิคุ้มกัน และการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากแพทย์ โดยเฉพาะในช่วงปีแรกที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง หรือมากกว่านั้น ทั้งนี้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย

1.7 ความรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลและค่ายา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดไป ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจพิเศษ ค่าตรวจเลือด ค่ายา โดยเฉพาะยากดภูมิคุ้มกันซึ่งราคาค่อนข้างสูง ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายดังกล่าว หากไม่มีหน่วยงานของรัฐบาลหรือบริษัทประกันชีวิตรับผิดชอบ จะเป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป และแม้แต่ระบบประกันสังคมของประเทศ และ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของประเทศ ก็ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตด้วย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนไตอยู่ที่ 150,000-200,000 บาทต่อราย ค่ายากดภูมิคุ้มกันปีแรกประมาณ 200,000 บาทต่อรายต่อปี และในปีต่อไปประมาณ 100,000 บาทต่อรายต่อปี (วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ, 2544, หน้า 39)

2. การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ที่ยังคงมีสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่และการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆจากครอบครัว

เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ พัทธราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540, หน้า 39-44) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตโดยสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 การดูแลด้านความเป็นอยู่ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย ที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจทางเพศ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตในด้านความเป็นอยู่ได้แก่

2.1.1 การดูแลเกี่ยวกับอาหารและควบคุมพฤติกรรมกรบริโภคของผู้ป่วย เนื่องจาก ยากดภูมิต้านทานมีผลข้างเคียงคือทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึง ควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหาร ที่มีผลต่อไต ได้แก่ เครื่องในสัตว์ สัตว์ปีก เนื้อวัว และดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้สมดุลกับปริมาณปัสสาวะที่ ขับออกมา

2.1.2 การดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำงานของผู้ป่วย จากผลของ ยากดภูมิต้านทาน ทำให้ผู้ป่วยเจริญอาหาร ผู้ป่วยจึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะโคเลสเตอรอลในร่างกาย สูงได้ รวมทั้งจากภาวะที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวควรมีส่วนในการ ให้การสนับสนุน กระตุ้น รวมทั้งช่วยเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งจะก่อให้เกิดกระทบกระเทือนไตใหม่ เช่น ฟุตบอล มวย เป็นต้น

2.1.3 การดูแลด้านที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมีโอกาสเกิด การติดเชื้อได้ง่าย สมาชิกในครอบครัวควรดูแลบ้านเรือนให้สะอาด ระบายร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก

2.1.4 การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย

2.2 การดูแลด้านอารมณ์จิตใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ และต้องปรับตัวในการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอจนตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลต่อภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ เกิดความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ และจิตใจ โดย

2.2.1 การดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจ โดยให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคนที่รัก ส่งผลให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ ที่จะเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นได้

2.2.2 การป้องกันภาวะเครียด โดยสมาชิกในครอบครัวควรรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ด้วยความสนใจ ให้คำปรึกษา หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจน หมั่นสอบถามและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2.3 การป้องกันภาวะซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวควรยอมรับพฤติกรรม ต่างๆของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิหรือแสดงความไม่พอใจ และหมั่นประเมินพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้ป่วย เริ่มมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เช่น ซึมลง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2.3 การดูแลด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจพิเศษ ค่าตรวจเลือด ค่ายา ค่าเดินทาง สมาชิกในครอบครัวที่มีรายได้ควรมีบทบาทในการให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย โดยการให้ความช่วยเหลือ ในด้านการเงิน ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มี สวัสดิการคุ้มครอง เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.4 การดูแลด้านสังคม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตที่มีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เมื่อมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะต้องการเข้าร่วม กิจกรรมและมีบทบาทในครอบครัว ชุมชน สังคม มากขึ้น สมาชิกในครอบครัวควรกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพที่มีอยู่ ในการปรับตัวเข้าสู่ การมีบทบาทในครอบครัว ที่ทำงาน ชุมชน สังคม ได้อย่างเหมาะสมอีกครั้ง

2.5 การดูแลด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องปรับตัวใน ด้านการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ไตใหม่ทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งใหม่สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเรียนรู้ถึงข้อมูลต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการช่วยเหลือดูแล ให้ผู้ป่วยยอมรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลด้านการรักษาพยาบาล มีดังนี้

2.5.1 การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง เพื่อ ช่วยป้องกัน และค้นหาภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนี้

(1) การให้ความช่วยเหลือ ดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ ถูกต้อง ทั้งปริมาณ และตรงเวลา อย่างสม่ำเสมอ

(2) การให้ความช่วยเหลือ ดูแล ให้ผู้ป่วยวัดไข้วันละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย

(3) การให้ความช่วยเหลือ ดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการชั่งน้ำหนักวันละ 1 ครั้ง การนับชีพจรและวัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะวันละ 2 ครั้ง การบันทึกปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด เพื่อเป็นการประเมินสภาวะการทำงานของไตใหม่ และป้องกันภาวะสลดไตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(4) การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ มีไข้ บวมแดงบริเวณไตใหม่ บวมตามตัว แขน ขา เหนื่อยหอบ คลื่นไส้อาเจียน

2.5.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยสมาชิกในครอบครัวควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร และสังคม โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวดเร็ว นักวิชาการสาขาต่างๆได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต และให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันออกไปตามแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ (จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์, 2541, หน้า 33) ในปี ค.ศ.1970 เริ่มมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาใช้ในผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษา (Fallowfield, 1993, หน้า 109) หลังจากนั้น ได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาใช้อย่างกว้างขวางในทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุข และสามารถใช้ชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่ได้ และถือเอาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายของการให้บริการการรักษายาบาล (เสาวรส ปริญญาจิตตะ, 2540, หน้า 22)

1. ความสำคัญและความจำเป็นของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตก็เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องการคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะความคาดหวังว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Holley, 1995, หน้า 494) ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต นอกจากการผ่าตัดเปลี่ยนไตจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นโดยมีไตใหม่ทำหน้าที่ได้ตามปกติแล้ว ผู้ป่วยควรจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตนั้น ควรเป็นคุณภาพชีวิตที่เปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ไม่ควรนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป (Molzahn, 1991, หน้า 1043) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตแต่ละคนก็แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย ความคาดหวังของแต่ละบุคคล และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2. ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหมายหลากหลาย อีกทั้งคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจง หรือเป็นมาตรฐาน คุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคล (กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ, 2541, หน้า 5) ในปัจจุบันนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจมีทั้งความสอดคล้อง คล้ายคลึง หรือแตกต่างกันบ้างในส่วนของรายละเอียด หรือจุดเน้น ตามที่ศาสตร์ต่างๆเห็นว่ามี ความสำคัญ หรือความแตกต่างอาจเกิดจากแนวคิด ทัศนะ และวัตถุประสงค์ในการศึกษาของแต่ละบุคคล เช่น

ในทัศนะของนักสังคมศาสตร์ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะชีวิตของคนที่ได้ รับความพอใจในสภาพที่ตนมีอยู่ เป็นอยู่ หรือได้รับอยู่ (อุทุมพร จามรมาน, 2528, หน้า 22)

นักวิจัยที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้กว้างๆ และให้ความสำคัญแก่สิ่งแวดล้อม กับบุคคล เช่น โกคาล (Gokal, 1993, หน้า 23) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต เป็นลักษณะโดยรวมของชีวิตที่มีผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ในด้านการบรรลุจุดมุ่งหมายในชีวิตนั้น คณะกรรมการศึกษาและพัฒนาการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของ

บุคคลนั้นต่อชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และระบบความเชื่อ โดยเกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ความคาดหวัง และความสนใจอยู่ในสิ่งนั้น (WHOQOL group, 1993, หน้า 41)

ในแง่ของความพึงพอใจในชีวิต ฟอลโลฟิลด์ (Fallowfield, 1993, หน้า 120) และ ริงเกต (Wingate, 1995, หน้า 467) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นนามธรรมที่มีหลายมิติ และมีความซับซ้อน ซึ่งรวมถึงความพึงพอใจในชีวิตด้านร่างกาย สังคม ความปรารถนา และความต้องการทางด้านอารมณ์ โอเร็ม (Orem, 1991, หน้า 98) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิต หรือความผาสุกในชีวิต ว่าเป็นคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะการณที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และความสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลจะมีความสุข หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพ มีความพิการ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540, หน้า 5) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ซัน (Zhan, 1992, หน้า 795) ให้ความเห็นว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกเป็นปกติสุขของแต่ละบุคคล ซึ่งผ่านกระบวนการรับรู้และให้ความหมาย โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้นๆ ซึ่งซันเน้นถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลอันเนื่องมาจาก ภูมิหลัง สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และสิ่งแวดล้อม ที่หล่อหลอมให้บุคคลมีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน

จากการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตต่างๆดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความสุขในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อม และการบรรลุถึงเป้าหมาย หรือ สิ่งที่คาดหวังในชีวิต

3. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ก็มีความแตกต่าง และหลากหลาย เช่นเดียวกับความหมายของคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรในการศึกษา และความสนใจในแง่มุมที่ต่างกันของผู้วิจัย เช่น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996 อ้างใน สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540, หน้า 18-19) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย

ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องอารมณ์และพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต และการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ชาน (Zhan, 1992, หน้า 795) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น โดยผ่านกระบวนการหยั่งรู้และรับรู้ความหมายของชีวิตของบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังกล่าว 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม และครอบครัว ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกหรือความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองซึ่งประกอบด้วย รูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ รวมถึงความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นกรรับรู้ถึงความปกติสุข และความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องของความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของการศึกษา อาชีพ และรายได้ของตนเอง

โกคอล (Gokal, 1993, หน้า 25) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มีหลายมิติซึ่งประกอบด้วย ความเป็นปกติสุขทางด้านร่างกาย ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในรูปแบบการรักษาที่ได้รับ และความเป็นปกติสุขทางด้านสังคม

ฟอลโลฟิลด์ (Fallowfield, 1993, หน้า 122) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้านคือ

1. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย
2. ด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เพศสัมพันธ์ การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม และการใช้เวลาว่าง
3. ด้านอาชีพ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการกับค่าใช้จ่าย การทำงาน และความสามารถในการทำงานบ้าน
4. ด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวได้ การพักผ่อนนอนหลับ ความอยากอาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และความสามารถมีเพศสัมพันธ์

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดของนักวิชาการต่างๆส่วนใหญ่ ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ยึดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ซึ่งนอกจากองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ยังรวมองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้วย ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่ามีความครอบคลุม และเหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมากที่สุด

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งแตกต่างกันไป แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายแนวทาง เช่น

สตรอมเบิร์ก (Stromberg, 1984, หน้า 88-91) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะคือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยการประเมินในเรื่องต่างๆ เช่น ความสามารถด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา และรายได้ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง เกี่ยวกับความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980, หน้า 312) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) วัดได้โดยอาศัยข้อมูลรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก เจตคติ และประสบการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย การประเมิน 2 ลักษณะ คือ แบบวัตถุวิสัย (objective) และ แบบจิตวิสัย (subjective) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540, หน้า 18-19)

1. ด้านสุขภาพร่างกาย (physical domain) มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationships) มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1)- ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพ และ บริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และทักษะใหม่ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อน หย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม .

สำหรับการศึกษาค้างนี้ ใช้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เนื่องจากแบบวัดนี้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความเป็นสากล ขนาดเล็ก สะดวกต่อการนำไปใช้สำรวจคุณภาพชีวิตคนไทย และใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัด ว่าเป็นผู้ให้บริการ หรือผู้ใช้บริการ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540, หน้า 2) มีผู้ศึกษาหรือ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต เช่น การศึกษาของ เสาวรส ปริญญาจิตตะ (2540, หน้า 69) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และในด้านความพึงพอใจในชีวิต อึดทนในทัศน ุสุขภาพ การทำงานของร่างกาย ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยรวมค่อนข้างสูง (82.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ นงนุช บุญยัง (2536, หน้า 26) เรื่องภาระในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่มีภาระในการดูแลตนเองน้อยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการ ปลูกถ่ายไต

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

1. ลักษณะของครอบครัว

ครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่เก่าแก่ที่สุดของสังคม และเป็นสถาบันแรกของมนุษย์ ครอบครัว ยังเป็นรากฐานของระบบสังคมทั้งหลาย สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน ลักษณะของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มนุษย์มีพัฒนาการด้านจิตใจ บุคลิกภาพ และ ความรู้สึกนึกคิดต่างกัน ครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (อุไร ชลูนาค, 2540, หน้า 35)

1. ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยคน 2 รุ่นอายุ มีความจำกัดของช่วงเวลาหรือช่วงอายุ เช่น พ่อ แม่ ลูก (อาจเป็นลูกบุญธรรม) หรือสามีภรรยา อยู่ร่วมกันโดยไม่มีบุตร ปัจจุบันครอบครัวสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

2. ครอบครัวขยาย (extended family) ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว และญาติพี่น้อง (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า ลุง อา น้า พี่ น้อง สะใภ้ เขย ลูก หลาน เป็นต้น) โดยอาจอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน หรือปลุกบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน

2. ครอบครัวกับภาวะเจ็บป่วย

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกอื่นในครอบครัวย่อมหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ ต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้ การทำหน้าที่ของครอบครัวในการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยควรประกอบด้วย (มัลลิกา มัตติโก, 2530, หน้า 120-121)

1. สมาชิกในครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ไปจนถึงโรคที่ซับซ้อน
2. สมาชิกในครอบครัวจะต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย
3. สมาชิกในครอบครัวจะต้องสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเบื้องต้น ได้แก่ ปวดท เครื่องวัดความดันโลหิต เก้าอี้เข็น และยา เป็นต้น
4. สมาชิกในครอบครัวจะต้องให้ความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งสามารถหาความรู้ได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างๆ ได้ทั้งจากหนังสือ วิทยุ และโทรทัศน์
5. สมาชิกในครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบที่ไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการดูแลที่เหมาะสมแก่สมาชิกในครอบครัวที่ป่วย

3. แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันนี้คือการสนับสนุน

ทางสังคม (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 96) มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย เช่น

คอบบ์ (Cobb, 1979, หน้า 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981, หน้า 381) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ

เพนเดอร์ (Pender, 1996, หน้า 257) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และบุคคลจะได้รับการสนับสนุนนี้ โดยกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารในด้านต่างๆ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

เฮาส์ (House, 1981, หน้า 13) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ

สจิวต์ (Stewart, 1993, หน้า 41) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ เพื่อการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ช่วยเหลือและผูกมิตรซึ่งกันและกัน ช่วยลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพ

จากความหมายต่างๆที่กล่าวมา พบว่า แม้จะมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย มีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันไป แต่ก็พอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์ หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่ง ความรู้สึกอึดอัด ความรู้สึกพึงพอใจ ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ สามารถปรับตัว หรือเผชิญกับความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกทางด้านจิตใจ

4. ชนิดและแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่บุคคลต้องการได้รับ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวบอกถึงลักษณะ และขนาดของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับ (Stewart, 1993, หน้า 41) มีนักวิจัยได้แบ่งชนิด และแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแบบตามแนวคิดของแต่ละท่าน และหลายท่านก็มีความคล้ายคลึงกัน เช่น

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981, หน้า 385-386) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรักและความเอาใจใส่

2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และการให้บริการช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลป้องกันเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล

คอบบ์ (Cobb, 1979, หน้า 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่ และไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าที่บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าในตัวเองด้วย

3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เพนเดอร์ (Pender, 1996, หน้า 257-259) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคล ให้เกิดความเข้าใจว่า ควรทำอย่างไรถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลลูก เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (affirmation) ช่วยให้บุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง นอกจากนี้เพนเดอร์ ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ นับถือหรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (peer support system) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรศาสนา (organized religious support system) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ที่ทางกลุ่มจัดไว้ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ เพราะการชุมนุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต นำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. กลุ่มผู้ให้การดูแลหรือการให้ความช่วยเหลือโดยองค์กรวิชาชีพ (organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและบริการเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผลหรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized support groups not dissected by health professional) ประกอบด้วย อาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผลบางอย่างที่ไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัว ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือ กลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีความพิการ

เฮาส์ (House, 1981, หน้า 13-23) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟัง
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
3. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูล ป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน เวลา และแรงงาน (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน แรงงาน เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

และเฮาส์ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส ลูก เครือญาติ หรือเพื่อน
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น หัวหน้าที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน ทีมสุขภาพ เป็นต้น

ไวส์ (Weiss, 1974, หน้า 17-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันรักใคร่สนิทสนม (attachment) หมายถึงความสัมพันธ์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ
2. การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) เกิดจากการที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใย และเข้าใจกัน
3. โอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance) หมายถึงการที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นซึ่งด้อยกว่า ถ้าขาดจะเกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า และไร้จุดหมายในชีวิต
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถ เช่น ความสามารถในการทำงาน

ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่างๆในครอบครัว ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น หรือรู้สึกมีคุณค่าได้

5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (a sense of reliable alliance) สัมพันธภาพในลักษณะนี้ มักเกิดในครอบครัวสายตรง โดยสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะที่เสี่ยงอันตราย

6. การได้รับคำชี้แนะ ชี้แนะ (the obtaining of guiding) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะตึงเครียด เกิดวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ จิตใจ ทำให้บุคคลต้องการคำปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำ คำชี้แนะ ในการทำการบางอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียด ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากผู้ที่บุคคลรู้สึกว่ามีมีความสำคัญ มีความสามารถ เป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรเหนือกว่า

นอกจากนี้ยังมีผู้จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งต่างๆกัน ดังนี้
ลินซีย์ (Lindsey, 1997, หน้า 149) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย
เครือข่ายดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
4. เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปโบสถ์หรือไปวัดด้วยกัน

ฟิลลิปส์ (Phillips, 1991, หน้า 534-544) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะเป็นระบบ 3 ระบบคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กที่สุดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแล หรือเป็นสิ่งอื่นเช่นสัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กร ได้แก่ ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมระดับเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ที่มีความเกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ หรือมีการพึ่งพา

ระหว่างบุคคลกับระบบการสนับสนุนทางสังคมในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แนวความคิดในการแข่งขันของการสนับสนุนทางสังคม มีความคล้ายคลึงกันเกือบทุกราย คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ หรือบริการ สำหรับความแตกต่างนั้น พบได้ในชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ในด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และการสนับสนุนทางสังคมของ ไวส์ (Weiss, 1974) ในด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และแม้ว่าจะมีการแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภทและแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ศึกษา แต่จะเห็นได้ว่าครอบครัวจัดเป็นกลุ่มปฐมภูมิที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ และมีลักษณะไม่เป็นทางการ บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ญาติ พี่น้อง นอกจากนี้ครอบครัวยังจัดเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญต่อสังคมมาก ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุดเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์ และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบัน ที่มีความคงทนที่สุด มนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันครอบครัว เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่บุคคลจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิด คนในครอบครัวมีการพึ่งพาอาศัยกัน มีการแบ่งหน้าที่หรือรวมกลุ่มเพื่อทำหน้าที่ทางชีววิทยาของครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีการติดต่อตอบโต้ระหว่างบุคคล เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก ที่ต่างคนต่างก็มีปฏิริยาสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ การสั่งสอน และการมีจิตผูกพันกัน เป็นต้น (สุพัตรา สุภาพ, 2536, หน้า 106-107)

จากการศึกษาของ พัทธาพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540, หน้า 71) เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 92 ราย พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจมาก สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจน้อย และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบิดามารดา คู่สมรส บุตร สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่น้อง แต่อย่างไรก็ตามความต้องการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความต้องการของแต่ละบุคคลด้วย

สำหรับการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1979) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981) ในการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในด้านต่างๆ 5 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ที่ยังคงมีสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง มีการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผล

กระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิตของตนเอง มีความวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ โดยได้รับความรักความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา การแสดงความเห็นใจ และการให้กำลังใจจากคนในครอบครัว ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จะทำให้เกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง และไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า จากการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไร้ประโยชน์ และเป็นภาระแก่ครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นนานๆจะมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางลบได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ โดยการให้ความเคารพนับถือ เชื่อฟัง ยอมรับความคิดเห็น คำแนะนำ และยกย่องชมเชย เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมีสมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้การมีกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย ซึ่งการพบปะพูดคุย หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆในสังคม จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล และรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัย ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมด้วย

4. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ หรือการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ประกอบกับสมรรถภาพในการทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถทำงานบางอย่างที่ต้องใช้แรงงานมากๆได้ ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพลดลง ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ในด้านการเงิน การดูแลช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน หรือกิจวัตรประจำวันตามความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้มีพฤติกรรมปรับตัว และการดูแลตนเองที่เหมาะสม

5. การสนับสนุนด้านการข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูล หรือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต สมาชิกในครอบครัวควร

ช่วยเหลือโดยการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด และความรู้ใหม่ๆ เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

5. การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม สร้างบนพื้นฐานหลายมิติของคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม (Brandt & Weinert, 1981) ตามแนวคิดที่นักวิจัยแต่ละท่านยึดถือ เช่น

1. The personal resource questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย แบนท์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ PRQ1 เป็นส่วนที่วัดจำนวน และชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ และ PRQ2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 7 อันดับ

2. social support questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของ แบ่งการวัดเป็น 2 ส่วนคือ SSQ1 วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ และ SSQ2 วัดการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 7 อันดับ

3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างตามแนวคิดของ คอบบี้ (Cobb, 1979) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981) ซึ่งได้มีนักวิจัยชาวไทยหลายท่านแปลและดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และสอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมไทย ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ หรือการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร

สำหรับเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์ (2535) ในการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ คอบบี้ (Cobb, 1976) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al.,1981) ในการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ต่อการได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ใน 5 ด้าน เนื่องจากสอดคล้องกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวครอบคลุมทุกด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

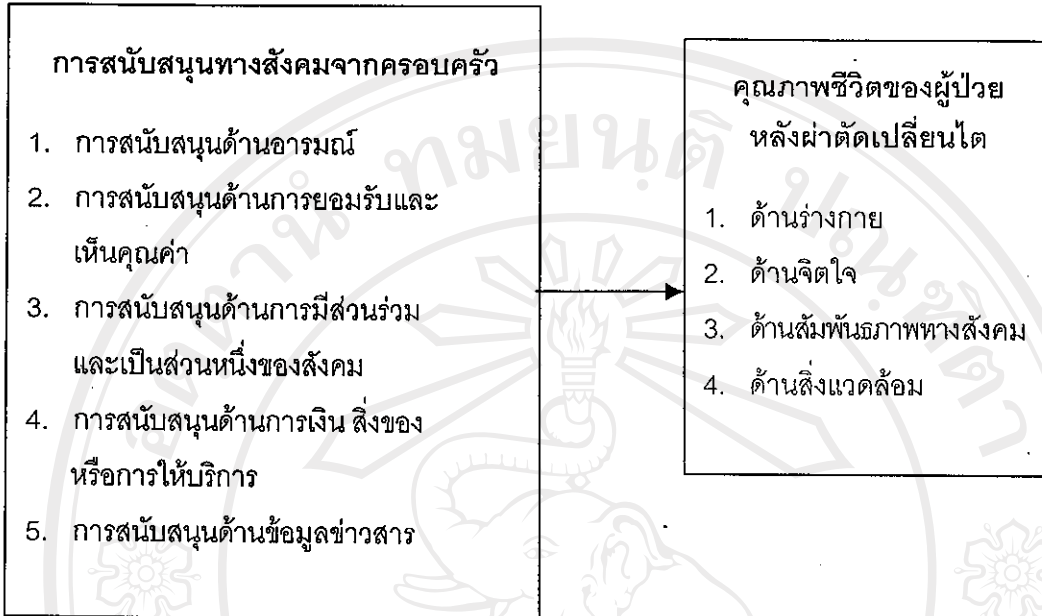
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต เปรียบเหมือนผู้ป่วยได้เริ่มต้นชีวิตใหม่จากภาวะที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย และการที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือโดยการกำจัดของเสียออกทางหน้าท้อง จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ ซิมมอนส์ และ เอเบรส (Simmons & Abress, 1990, หน้า 415) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างช่องท้องแบบถาวร ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างช่องท้องแบบถาวร

มีผู้วิจัยหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ศรีธัญญา เบญจกุล (2538, หน้า 79) ซึ่งได้ศึกษานุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ามีเพียงแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และโดยรวม นอกจากนี้ การศึกษาของสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2542, หน้า ข) ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ กับความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวปป์ (Webb et al., 1995, หน้า 1113-1119) ในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ที่พบว่าปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ได้แก่ การมีงานทำ มีรายได้ และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจ และดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้

ผู้ป่วยยอมรับบุคลิกภาพของตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความหวัง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (ธัญญา น้อยเปียง, 2545, หน้า 67)

สรุป

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลังจากการผ่าตัด โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งในระยะแรกหลังผ่าตัด และในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิต และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และสังคม อันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนดูแลที่ถูกต้องจากบุคคลต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตด้วยกัน และสมาชิกในครอบครัว น่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร และญาติพี่น้องที่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงน่าจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดยสมาชิกในครอบครัว ควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยใน 5 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ หรือการให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยคาดว่าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดีแล้ว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อม ก็ควรจะดีด้วย ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา