ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

อาภรณ์ ยิ้มเนียม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

อาภรณ์ ยิ้มเนียม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO DEATH PREPARATION BEHAVIOR OF THE OLDER ADULTS WITH END STAGE RENAL DISEASE IN CHACHOENGSAO PROVINCE

APORN YIMNEUM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ)

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920313: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คำสำคัญ: พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย/ ผู้สูงอายุ/ ปัจจัย/ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

อาภรณ์ ยิ้มเนียม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา. (FACTORS RELATED TO DEATH PREPARATION BEHAVIOR OF THE OLDER ADULTS WITH END STAGE RENAL DISEASE IN CHACHOENGSAO PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, Ph.D., พรชัย จูลเมตต์, Ph.D. ปี พ.ศ. 2566.

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อความตาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.38 มีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับสูง (X = 52.30, SD = 4.48) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = .568, p < .001; r = .331, p < .01) ความเชื่อทางศาสนา และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .260, p < .01; r = .169, p < .05) ความวิตกกังวลต่อการตายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ (r = -.185, p < .05) ส่วนประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และประเภทการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .117; r = .012; r = .052; r = -.140, p > .05) ตามลำดับ

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนา และอายุ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อการตายดีและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

62920313: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)
KEYWORDS: PREPARING BEHAVIOR FOR COPING WITH DEATH/ OLDER ADULTS/ FACTOR/ END-STAGE RENAL DISEASE

APORN YIMNEUM : FACTORS RELATED TO DEATH PREPARATION BEHAVIOR OF THE OLDER ADULTS WITH END STAGE RENAL DISEASE IN CHACHOENGSAO PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: NAIYANA PIPHATVANITCHA, Ph.D., PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D. 2023.

Death preparation behaviors are important for the quality of the older adults. This descriptive correlation research aimed to study death preparation behavior and factors related to death preparation behavior among Thai older adults with end-stage renal failure. The sample of 97 older adults with end-stage renal failure in Chaochengsoa Province. The research instruments included the demographic questionnaire, Health status perception interviews, Mortality anxiety interviews. Thai Geriatric Depression Scale [TGDS], Social support interviews, Religious beliefs about death interviews, Attitudes to death interviews and Preparatory behavior for death in the older adults with end-stage chronic kidney failure interview. The data were analyze by Spearman Rank Order correlation coefficient and Point-biserial correlation coefficients.

The results revealed that the majority of the sample, 79.38 percent, had high levels of preparatory behavior for death (X = 52.30, SD = 4.48), Social support and attitudes to death were moderate positively correlated (r = .568,p < .001 and r = .331,p < .01) religious beliefs and age were low positively correlated (r = .260, p < .01 and r = .169, p < .05) Mortality anxiety was low negatively associated (r = -.185, p < .05) However experience of death, health awareness, depression, and kidney replacement therapy types. were not statistically significant relate to death preparation behavior among Thai older adults with end-stage renal failure at level of .05 (r = .117; r = .012; r = .052; r = -.140, p = >.05 respectively)

Healthcare providers should emphasize behavior of preparing for death among older adults with end-stage renal disease. especially the social support. factor Attitude to death Religious beliefs Motality anxiety and age can be used as the basis for establishing clinical nursing practice guidelines or intervention to promote good mortality and quality of life of the older adults with end-stage renal disease.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ตลอดจนแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Abdel-Khalek ที่อนุเคราะห์ให้นำเครื่องมือ The Arabic Scale of Death ที่ท่านพัฒนาขึ้นมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยและใช้ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พระอธิการไพศาล วิสาโร และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพยกาญจนเรขา อาจารย์ ดร.วัชรา ตาบุตรวงศ์ และอาจารย์ลดารัตน์ อุไรกูล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความอนุเคราะห์ความสะดวก ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ที่ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่าในวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้การสนับสนุนทุนการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนด้วยความรักความห่วงใยตลอดมา และขอขอบคุณ พี่ เพื่อน และน้องๆ ทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่คอยช่วยเหลือตลอดการทำวิทยานิพนธ์นี้ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทีแด่ บุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

อาภรณ์ ยิ้มเนียม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 9

วัตถุประสงค์การวิจัย 9

สมมติฐานการวิจัย 9

กรอบแนวคิดการวิจัย 10

ขอบเขตของการวิจัย 11

นิยามศัพท์เฉพาะ 12

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ 14

แนวคิดเกี่ยวกับความตาย 22

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 25

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาวะใกล้ตาย 32

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 35

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย....48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง....48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย....56
การเตรียมผู้ประสานงานวิจัย....57
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง....58
การเก็บรวบรวมข้อมูล....59
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ....60
บทที่ 4 ผลการวิจัย....63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล....63
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ....72
สรุปผลการวิจัย....72
อภิปรายผลการวิจัย....73
ข้อเสนอแนะ....85
บรรณานุกรม....87
ภาคผนวก....96
ภาคผนวก ก....97
ภาคผนวก ข....99
ภาคผนวก ค....107
ภาคผนวก ง....116
ภาคผนวก จ....118
ประวัติย่อของผู้วิจัย....131

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (*n* = 97) 64

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมความเชื่อทางศาสนา ทัศนคติต่อความตาย (*n* = 97) 66

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (*n* = 97) 68

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกรายข้อ (คะแนนเฉลี่ยเต็ม = 2).....69

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 70

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....11

ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง 21

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันจำนวนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากกรมผู้สูงอายุพบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนร้อยละ 16.73, 17.57 และ 18.31 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ ร่วมกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีระดับของกรดยูริคในเลือดสูง มีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีประวัติการใช้ยาบางชนิด (วรรษวรรน์ อริยานน์ และคณะ, 2562) โรคไตวายเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อการดำเนินของโรคมาถึงระยะสุดท้าย อาการป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากของโรค จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในหลายระบบ การทำงานของไตลดลง อัตราการกรองของเสียลดลง ร่างกายเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ มีการคั่งของน้ำในร่างกาย จนเกิดภาวะน้ำท่วมปอด และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในที่สุด หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (วณิชา พึ่งชมภู, 2558)

Ahmed and Catic (2018) ศึกษาพบว่าความชุกของโรคไตวายระยะเรื้อรังสุดท้ายมีอัตราป่วยสูงที่สุดในช่วงอายุ 65-74 ปี และอัตราอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ อยู่ในช่วงอายุ 61-69 ปี ร้อยละ 32.5 และในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.4 (วรรษวรรน์ อริยานนท์ และคณะ, 2562) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี สังเกตได้จากความชุกของการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไต ในปี พ.ศ. 2560-2562 เท่ากับ 1,726 คน, 1,942 คน และ 2,274 คนต่อล้านประชากร ตามลำดับ (คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT), 2563)

วิธีการบำบัดทดแทนไตที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันนี้ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ส่วนการปลูกถ่ายไตยังมีอยู่ในจำนวนจำกัด โดยในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องเข้ารับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ๆ ละ 4.5 ชั่วโมง

ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับการวางสายล้างไตถาวรทางช่องท้อง ผู้ป่วยหรือญาติสามารถล้างไตเองได้หลังจากได้รับการฝึกล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะต้องล้างไตวันละ 4-5 ครั้ง ๆ ละ 30-40 นาที แม้ว่าการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมจะมีประสิทธิภาพสูง สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้จำนวนมาก แต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการฟอกเลือด อากาศรั่วเข้าเครื่อง การอุดตันของสายน้ำยา หรือตัวกรองเลือดมีรอยรั่ว เป็นต้น (วณิชา พึ่งชมภู, 2558) ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือการติดเชื้อที่ผนังช่องท้องและการติดเชื้อบริเวณสายล้างไต หรือในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดไส้เลื่อนในช่องท้องได้ (ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ และคณะ, 2562)

ปัจจุบัน การดูแลรักษาตลอดจนเทคโนโลยีของการบำบัดทดแทนไตเจริญรุดหน้าไปกว่าแต่ก่อนมาก แต่ก็ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รอดชีวิตเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจน ดังเห็นได้จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราเสียชีวิตในลำดับที่ 27 ของโรคทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นลำดับที่ 12 ในปี พ.ศ.2560 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) ร่วมกับข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังเข้ารับการรักษาร้อยละ 20-22 และเสียชีวิตในปีที่ 5 ร้อยละ 49-60 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่พบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก ร้อยละ 10-18 และเสียชีวิตในปีที่ 5 ร้อยละ 50-65 (Dhanakijcharoen et al., 2011) ส่วนในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองพบอัตราการเสียชีวิตในปีที่ 1 ร้อยละ 20 และปีที่ 2 ร้อยละ 40 (อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ, 2558) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในระยะสุดท้าย จะมีความทุกข์ทรมานด้วยอาการต่าง ๆ เช่น ซึม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจหอบเหนื่อย บวม ปวดกล้ามเนื้อ ตะคริว ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และเสียชีวิตในที่สุด จึงเห็นได้ชัดว่าการบำบัดทดแทนไตเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น ในที่สุดเมื่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังมาสู่ระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไตก็ไม่อาจช่วยยืดชีวิตไว้ต่อไปได้อีก (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560; วณิชา พึ่งชมภู, 2557; Murtagh et al., 2007)

สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนใหญ่มาจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมักขาดความสามารถในการตัดสินใจใด ๆ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตส่วนใหญ่ ไม่มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายมาก่อนล่วงหน้า ไม่มีการพูดคุยตัดสินใจกันในครอบครัวหรือกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ในเดือนสุดท้ายก่อนตายผู้ป่วยมักจะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติหรืออาจได้รับการช่วย

ฟื้นคืนชีพ การรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิต โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตก่อนตาย อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต (พระไพศาล วิสาโล, 2560) ซึ่งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจต่อผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ความตาย (Death) เป็นกระบวนการธรรมชาติ ที่ครั้งหนึ่งต้องมาถึงทุกคน ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุย่อมปรารถนาการตายดี (Good death) หรือการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งหมายถึงการได้รับการบรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณที่ตรงกับความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่คั่งค้าง สามารถแสดงเจตนาการได้รับการดูแลรักษาของตนเองในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามความคิดอัตตาของแต่ละบุคคล ตามมาตรฐานทางคลินิค ตามวัฒนธรรมและจริยธรรม (Cohen et al., 2001; Corr et al., 1997)

หากผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอย่างเหมาะสมไว้ล่วงหน้า จะทำให้ความทุกข์ทรมานในภาวะก่อนตายบรรเทาลงและสามารถเผชิญความตายอย่างสงบได้ พระไพศาล วิสาโล (2560) ได้กล่าวว่าคนที่ตายอย่างไม่สงบมี 2 สาเหตุ คือ 1) ร่างกายเจ็บปวดอย่างรุนแรง และ 2) เรื่องของจิตใจที่มีความกังวล ยึดติด ปล่อยวางไม่ได้ มีความกลัว ความห่วงหาอาลัย มีความเจ็บแค้นเคืองโกรธ และลึก ๆ ยังรู้สึกผิด หากจิตใจของเขาได้รับการฝึก การชี้นำให้ปล่อยวางสิ่งเหล่านี้ได้ สามารถยอมรับความเจ็บปวดได้ด้วยสติและสมาธิ จะเกิดการตายดี หรือตายอย่างสงบได้โดยง่าย

แนวความคิดการเตรียมตัวเพื่อการตายของ Corr, Nabe and Corr (2009) ได้เสนอรูปแบบพื้นฐานสิ่งพึงกระทำในการวางแผนการเตรียมเพื่อการตายไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเตรียมตัวเพื่อการตายทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมตัวเพื่อการตาย ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์เพื่อบรรเทาอาการทางกาย การเลือกสถานที่พักรักษาตัวเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตาย การเตรียมบริจาคอวัยวะร่างกายของตน การพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อป่วยหนัก และการเลือกวิธีการจัดการศพของตน ด้านจิตใจประกอบด้วยการเลือกตัวแทนที่เป็นผู้ตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ในภาวะใกล้ตาย การทำสิ่งที่ทำให้ตนเองสุขสบาย การสร้างความผาสุกทางด้านจิตใจ การทำในสิ่งที่รู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า การเลือกผู้ที่จะพูดคุยระบายความในใจ การทำใจว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และการเตรียมใจยอมรับกับความปวดและความไม่สุขสบาย การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่โดยการสร้างเสริมคุณค่าและประโยชน์แก่ผู้อื่น และการทำในสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่าจะทำให้สำเร็จ (Steinhauser et al., 2000) ด้านสังคม ประกอบไปด้วย การสร้าง

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น ในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน การเตรียมตัวแทนในการจัดการด้านผลประโยชน์ และด้านอื่น ๆ เช่นการจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน การทำพินัยกรรม การจัดการด้านค่าใช้จ่ายในงานศพ และการเตรียมเอกสารสำคัญที่สามารถค้นหาได้ง่าย และด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การค้นหาความหมายของชีวิต การสร้างความรักและความผูกพันที่ดีกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักศาสนา การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น การปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ สะสางในสิ่งที่ยังค้างคาใจ การขออโหสิกรรมและการให้อภัย การสร้างความหวังในชีวิต คำนึงถึงในสิ่งที่ดีงามในชีวิตที่ได้ปฏิบัติไว้ การฝึกชีวิตเพื่อตายก่อนตายจริง และการหมั่นพิจารณาความตายอย่างสม่ำเสมอ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล, 2549)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา และทัศนคติต่อความตาย ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

อายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ไม่สามารถย้อนกลับได้ในทุกระบบของร่างกาย ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ยิ่งจะพบกับประสบการณ์ตรงของร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง การได้พบเห็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอยู่ตลอดเป็นเวลานาน จนเข้าวัยสูงอายุ จึงเกิดการยอมรับความจริงซึ่งนำไปสู่การมองโลกอย่างเข้าใจ ยอมรับความจริงของเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และยอมรับได้ถึงการที่ตนเองกำลังก้าวเข้าสู่การตายในเร็ววันนี้ ผู้สูงอายุตอนปลายจึงมักมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายได้ดีกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (Chan et al., 2007; Tornstam & Tornqvist, 2000) ดังนั้น ปัจจัยทางด้านอายุจึงเป็นปัจจัยที่ควรนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

ประเภทของการบำบัดทดแทนไต แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากการศึกษาของ Lunney et al. (2003) ทำให้ทราบว่าวิถีการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในลักษณะเดียวกับวิถีการเจ็บป่วยด้วยอวัยวะในร่างกายเสื่อมลง ผู้ป่วยจะมีอาการดีระยะหนึ่งจากการบำบัดทดแทนไต การได้รับการ

รักษาพยาบาลอาการจะดีขึ้นเป็นระยะ ๆ อย่างนี้สลับกันไป ผู้ป่วยจะเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ในระยะสุดท้ายมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ตัวโรคไตเอง เช่น การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด หอบเหนื่อย ร่วมกับสมรรถนะของร่างกายลดลงตามวัย ในวาระสุดท้ายของชีวิต วณิชา พึ่งชมภู (2557) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการตายใด ๆ การรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นกับการบำบัดทดแทนไต ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง กลับพบว่าการดำเนินของโรคแตกต่างจากผู้ป่วยที่เลือกการรักษาโดยการล้างไต คือการทำหน้าที่ของร่างกายจะคงที่ระยะหนึ่งและจะค่อย ๆ ลดลงก่อนเสียชีวิตประมาณ 6 เดือน ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสในการเตรียมตัวเพื่อการตายที่จะเกิดขึ้น เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของตนเองได้มากกว่า (Murtagh et al., 2007) ดังนั้น ประเภทของการบำบัดทดแทนไตที่ผู้สูงอายุได้รับจึงเป็นปัจจัยที่ต้องนำมาหาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าสุขภาพตนเองไม่ดี มีความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว และมีอาการรุนแรงจะคิดคำนึงถึงความตายบ่อยขึ้น เกิดความตระหนักในการมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายและภาวะใกล้ตายของตนเอง และสามารถยอมรับการตายได้อย่างเหมาะสม (สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุไทยพุทธและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2561; อรนุช ประดับทอง และธิดารัตน์ คณึงเพียร, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงควรนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การเคยมีโอกาสพบเห็นความตายของคนในครอบครัวหรือได้อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย หรือเคยมีประสบการณ์ใกล้ตายของตัวเองมาก่อน ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจจะมีประสบการณ์ใกล้ตายในชีวิตหลายครั้ง จนทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นกระบวนการในภาวะใกล้ตาย รับรู้ว่าต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตาย ความวิตกกังวลและความโศกเศร้าของบุคคลใกล้ชิด จึง

เกิดแรงพลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายสำหรับตนเองได้ดีขึ้น (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปรียสลิล ไชยวุฒิ, 2559) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายจะมีการเตรียมตัวเพื่อการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์ (Chan & Yau, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ปัจจัยประสบการณ์เกี่ยวกับความตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงควรนำมาศึกษาต่อไป

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ผู้สูงอายุที่เข้าใจและรับรู้ธรรมชาติของการดำเนินชีวิตว่าเมื่ออายุมากขึ้นย่อมทำให้ชีวิตใกล้ชิดกับความตายมากขึ้น และจากประสบการณ์การสูญเสียต่าง ๆ ที่พบมาในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความวิตกกังวลต่อการตายของตนเองลดลง (Chan et al., 2007) จึงเกิดมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของตนเองมากขึ้นในทุกด้าน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายมากจะมีทัศนคติเชิงลบกับการตาย มักกลัวต่อการตาย (Depaola et al., 2003) และหลีกหนี ผลักไสความตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2556) พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายจึงมักพบได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนการตายของผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ปัจจัยด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงควรนำมาศึกษาต่อไป

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากความสูญเสีย ความรู้สึกผิดหวัง ทำให้แสดงอาการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่อารมณ์เศร้า เงียบ หรือบางคนอาจหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น มีพฤติกรรมการแยกตัว มีปัญหาในการเข้าสังคม ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2544) ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลายปัจจัย ได้แก่ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น กรรมพันธุ์ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแสดงอารมณ์ ได้แก่ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิฟิเนฟฟิน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) เกิดภาวะไม่สมดุลหรือลดลงกว่าปกติ ร่วมกับปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า และปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น การประสบเหตุร้ายในชีวิต การสูญเสียบุคคล

อันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่านจากความรุนแรงของโรค ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพาลูกหลาน เป็นภาวะคุกคามที่รุนแรงในผู้สูงอายุอยู่แล้ว การที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ย่อมทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองรวมถึงพฤติกรรมการในเตรียมตัวเพื่อการตายเป็นไปได้ยาก (กันต์ฤทัย ปานทอง และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยที่ควรนำมาศึกษาต่อไป

การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายสูง หมายถึงผู้สูงอายุจะได้รับความช่วยเหลือ ได้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้นำทางศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ไม่ยอมแพ้หรือท้อถอย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ อาจจะลดน้อยลงตามระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนระดับสูง มีเงินใช้จ่ายที่พอเพียง มีญาติ พี่น้อง บุตรหลานสนับสนุนทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของมารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2561) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีการศึกษาต่อไป

ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายได้ดีกว่า ในทางพุทธศาสนาได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับวาระจิตสุดท้ายว่าเป็นตัวกำหนดภพภูมิในชาติต่อไป (พระชาย อภินนฺโท, 2562) ความเชื่อทางศาสนาจะทำให้บุคคลสามารถยอมรับกับความตายและสามารถเตรียมตัวเพื่อการตายของตนได้ ส่วน Pinquart and Sorensen (2002) พบว่าความเคร่งทางศาสนาเป็นปัจจัยทำนายความต้องการที่จะเตรียมตัวสำหรับความตายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชมพูนุท พงษ์ศิริ (2561) พบว่าความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการก้าวเข้าสู่ความตายอย่างสงบ พุทธศาสนาสอนให้พุทธศาสนิกชนใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ผู้ที่มีศรัทธา เลื่อมใสในศาสนา เมื่อเกิดปัญหาในชีวิต เกิดการเจ็บป่วย จะสามารถใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งให้เกิดความสงบทางใจและช่วยเยียวยาอาการทางกายได้

ตรงข้ามกับผู้ที่ไม่มีศาสนา หรือไม่มีสิ่งใดยึดมั่น ในช่วงสุดท้ายของชีวิตมักมีความทุกข์ทรมาน ทุรนทุราย ว้าเหว่ เดียวดาย ขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และจากไปอย่างไม่สงบ จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ยังไม่พบการศึกษาที่ขัดแย้งในด้านความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นความเชื่อทางศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ทัศนคติต่อความตาย ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อความตาย ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่เคยได้รับ (ดุษฎี กฤษฎี, 2551) ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อความตายที่ดี จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญต่อความตายที่ดี บุคคลที่มีทัศนคติต่อความตายในด้านลบ ไม่ยอมรับความตาย ไม่สนใจเกี่ยวกับความตาย เมื่อถึงเวลาใกล้ตายก็ทำใจไม่ได้ ปฏิเสธความตาย เมื่อระยะเวลาใกล้ตายใกล้เข้ามาจะเกิดความทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งต่างกับผู้ที่มีทัศนคติต่อความตายเชิงบวก จิตใจสงบ ไม่เศร้าหมอง และยอมรับความตายได้ง่าย (พระไพศาล วิสาโล, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2561) ที่พบว่าทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวเพื่อการตาย จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ยังไม่พบผลการศึกษาที่ขัดแย้งในด้านทัศนคติต่อความตาย และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติต่อความตายในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จึงควรนำมาศึกษาต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (2563) รายงานข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในทุกระยะ มีจำนวนมากกว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระดับประเทศ ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ระยะที่ 5) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับร้อยละ 6.26, 7.92 และ 8.39 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากกว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระดับประเทศ ในขณะที่ระดับประเทศแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีเท่ากับร้อยละ 7.64, 7.29 และ 7.23 ตามลำดับ (คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT), 2563) แสดงถึงว่าโรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดฉะเชิงเทรา และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลสนับสนุนแก่บุคลากรทางการพยาบาลในการ

วางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีการเตรียมตัวเพื่อการตายได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดการตายดีและการตายอย่างสงบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยด้าน อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. ประเภทของการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

4. ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

6. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

7. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

8. ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

9. ทัศนคติต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

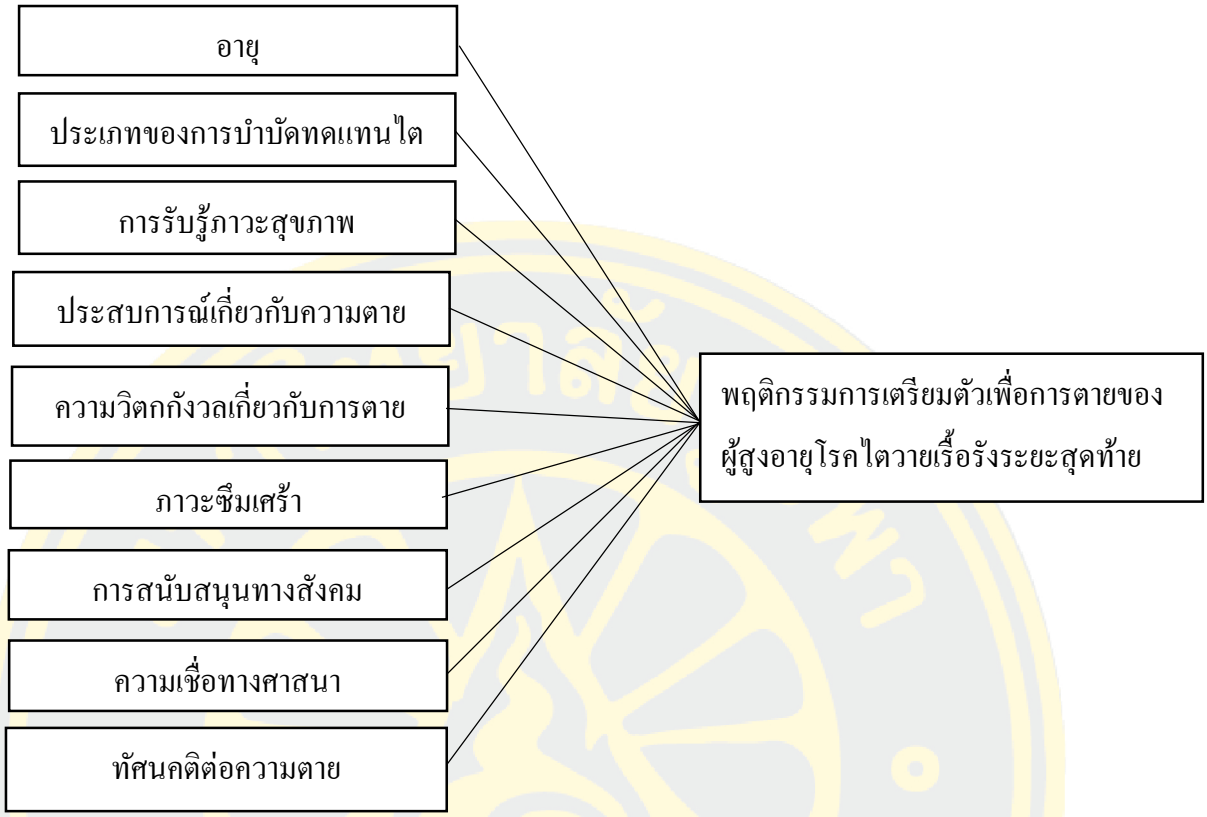
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวความคิดพื้นฐานเพื่อการเตรียมตัวเพื่อการตายของ Corr et al. (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เสนอแนวทางที่พึงกระทำในการวางแผนล่วงหน้าในการเตรียมตัวเพื่อการตาย ประกอบด้วยการหาหนทางป้องกันและแก้ไขปัญหาหรือการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมต่อภาวะใกล้ตาย 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่

ด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเภทของการบำบัดทดแทนไตที่ผู้สูงอายุได้รับ

ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ

ด้นจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุ ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage of Renal Disease) หรือระยะที่ 5 ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 97 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย และพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

อายุ หมายถึง เวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปีของอายุ ของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย นับตั้งแต่วันเกิดถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประเภทของการบำบัดทดแทนไต หมายถึง การรักษาภาวะไตวายที่ผู้ป่วยได้รับ มี 2 ประเภทคือ การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต และการรักษาโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการได้รับการบำบัดทดแทนไตแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตคือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ประเมินจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของวันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งพัฒนามาจาก Ferraro (1980), Melanson and Downe-Wamboldt (1987) และ Mossey and Shapiro (1982)

ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเคยเห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับความตายของบุคคลใกล้ชิดเช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ภรรยา สามี บุตร หรือญาติสนิท รวมทั้งประสบการณ์การดูแลผู้ใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุเกิดอาการไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เมื่อคิดถึงหรือรับรู้เกี่ยวกับความตาย ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของอาราบิค (The Arabic scale of death anxiety) ที่สร้างโดย Abdel-Khalek (2004)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรมแสดงออกโดยมีความโศกเศร้า ไม่มีความสุข ความรู้สึกมืดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และอาจทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai

Geriatric Depression Scale [TGDS-15]) ที่ Wongpakaran and Wongpakaran (2012) พัฒนามาจาก Shiekn and Yesavage (1986)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลในครอบครัว จากบุคลากรด้านสุขภาพ จากพระสงฆ์ จากชุมชน ในด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ ด้านบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของสารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความศรัทธา ความเลื่อมใสหรือความเชื่อถือในหลักธรรมคำสอนทางศาสนา ความเชื่อในมุมมองของความตายในพุทธศาสนา มีความเชื่อในเรื่องของการเวียนว่ายตายเกิด การสร้างบุญกุศล ระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการยกระดับจิตใจให้สงบ ไปเกิดในภพภูมิใหม่ตามแรงบุญ แรงกุศลที่ทำไว้ก่อนตาย ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ที่สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ พระไพศาล วิสาโล (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทัศนคติต่อความตาย หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็น ที่ผู้สูงอายุมีต่อความตายมีรากฐานมาจากความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต และปัจจุบันของบุคคล ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประเมินได้จาก แบบประเมินทัศนคติต่อความตายของ ดุษฎี กฤษฎี (2551)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำในการวางแผนเพื่อจัดการกับความตายและภาวะใกล้ตายของตนไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วยการเตรียมตัวเพื่อการตายทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การเตรียมตัวเพื่อการตาย ที่สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) สร้างขึ้นจากแนวความคิดของ Corr et al. (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือระยะที่ 5 และมีค่าอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate) < 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นการดูแลแบบประคับประคอง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ
   1.1 ความหมายโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ
   1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ
   1.3 ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ
   1.4 ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ
   1.5 การวินิจฉัยโรค และประเภทของการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
   1.6 วิธีการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
   1.7 แนวคิดเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย
   2.1 ความหมายของความตาย
   2.2 การตายดี
3. พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
   3.1 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านร่างกาย
   3.2 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตใจ
   3.3 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านสังคม
   3.4 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตวิญญาณ
4. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาวะใกล้ตาย
5. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นในร่างกายของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพในทุกด้าน ในด้านการทำหน้าที่ของไตระดับการทำงานของไตจะลดลง จากการศึกษาพบว่าความชุก

ของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Ingsathit et al., 2009) เป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ของไตในการขจัดของเสีย การรักษาสมดุลของน้ำ อิเล็กโตรไลต์ และภาวะกรด ด่างของร่างกาย มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เสียชีวิตได้ การสูญเสียการทำหน้าที่ของไตนี้ต้องใช้เวลานานเป็นเดือนเป็นปี การเสื่อมของไตเป็นแบบก้าวหน้า ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้อีก

ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ หมายถึง การสูญเสียการทำหน้าที่ของไตในการขจัดของเสียออกอย่างถาวร โดยมีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular infiltration rate) น้อยกว่า 15 มิลลิเมตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (Body Surface Area) 1.73 ตารางเมตร ในคนปกติค่าอัตราการกรองของไต จะลดลงปีละประมาณ 1-2 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แต่ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคที่ผลต่อไตส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงปีละประมาณ 10-12 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร (วณิชา พึ่งชมภู, 2558) และจากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุเกิน 30 ปี ระดับการทำงานของไต (Creatinine clearance) จะลดลงในอัตรา 0.87 มิลลิลิตร/นาที/ปี ร่างกายจะขับ Sodium และ Potassium ออกได้น้อยลง พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาถึง 30 ชั่วโมงในการขับ Sodium ออกทางปัสสาวะ ขณะที่ผู้ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ใช้เวลาเพียง 17 ชั่วโมง ดังนั้น ระบบการปรับสมดุลเสียไป จึงเกิดความไม่สมดุลของระดับน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เมื่อถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ หน้าที่ของไตเสียไปมากขึ้นเรื่อย ๆ จนหน่วยไตทำงานลดลงอย่างถาวร ติดต่อกันเป็นเวลานานประมาณ 3 เดือน จะเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage of Renal Disease [ESRD]) เกิดอาการของโรคไตวายในที่สุด (วรรษวรรน์ อริยานนท์ และคณะ, 2562) โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมากเมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy [RRT]) (Inker et al., 2014; National Kidney Foundation, 2020)

อุบัติการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งโลก ในต่างประเทศ ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่าสูงที่สุดในกลุ่มบุคคลอายุ 65-74 ปี และอัตราอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป (Ahmed & Catic, 2018) ในประเทศไทยมีความชุกของโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 17.5 และพบว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มอายุ 61-69 ปีมีความชุกต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 35.2 และผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไปพบความชุกเท่ากับร้อยละ 53.4 (วรรษวรรน์ อริยานนท์ และคณะ, 2562)

ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ

ปัจจัยต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (Aging change) ไตของผู้สูงอายุจะมีปริมาตรและน้ำหนักลดลง ซึ่งเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อในการกรองของหน่วยไต เกิดการหนาตัวของเยื่อบุฐานในหน่วยไต เซลล์เยื่อบุท่อไตมีขนาดใหญ่ขึ้นแต่ปริมาณลดลง ขนาดของท่อไตสั้นลง เยื่อบุท่อไตมีความหนาตัวเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงที่ท่อไตลดลงประมาณ 6.44 มิลิลิตรต่อนาทีต่อปี อัตราการกรองของไตเฉลี่ยลดลงเหลือประมาณ 85 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิว 1.73 ตารางเตร (Pradipornsilpa, 2007) (ในคนปกติพบมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อนาที) ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตและความสามารถการขับของเสียลดลง ทำให้ระดับของยูเรียในเลือด (Blood Uria Nitrgen [BUN]) และครีเอตินิน (Creatinine) สูงขึ้น หน่วยไตที่เหลือจะเจริญมากผิดปกติเพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นของปัสสาวะ ในระยะแรกผู้ป่วยไตวายสูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) ทำให้มีน้ำปัสสาวะถูกขับออกอย่างต่อเนื่อง แต่หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่าง ๆ ได้ จึงสูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย เมื่อหน่วยไตถูกทำลายมากขึ้น เกิดการเสื่อมของหน่วยไตและอัตราการกรองลดลงมาก ร่างกายไม่สามารถขจัดน้ำ เกลือแร่และของเสียผ่านไตได้อีก ส่งผลให้มีของเสียคั่งในร่างกายมากขึ้น ทำให้ปัสสาวะลดลงจนถึงไม่มีปัสสาวะ (Anuria) เกิดการคั่งของน้ำและอาการบวม (Eliopoulos, 2018) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การอักเสบของโกลเมอรูล่า (Glomerular) และความผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบหลอดไตฝอย (Tubulointerstitial diseases) ที่พบมากที่สุดได้แก่ Acute interstitial nephritis พบว่าร้อยละ 87 เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ รองลงมาได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ และสภาพของผู้สูงอายุ โดยเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลเกิดอุบัติการณ์มากกว่าผู้สูงอายุที่บ้าน สาเหตุอื่นได้แก่ การมีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของท่อทางเดินปัสสาวะ การมีเนื้องอกที่ไต (Renal tumors) และภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) (วรรษวรรน์ อริยานนท์ และคณะ, 2562)

ผลกระทบจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการรักษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันและมีผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการเสียชีวิตและอัตราการตายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Lopez et al., 1998) นำมาซึ่งปัญหาและเกิดผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว ได้แก่ (วณิชา พึ่งชมภู, 2557)

1. ผลกระทบด้านร่างกาย มีสมรรถภาพทางร่างกายลดลง อ่อนแรง และผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่นหอบเหนื่อยได้ง่ายจากภาวะน้ำเกิน ขาดสมาธิ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง พบภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีไตเสื่อมเรื้อรังมากขึ้น พบว่าเมื่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 45 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ภาวะบกพร่องทางด้านโครงสร้างร่างกายจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การล้ม อัตราการเกิดภาวะกระดูกพรุน และกระดูกหักเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง (Dukas et al., 2005)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลที่จะเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยไม่ทราบว่าจะสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่ และทราบว่าโรคจะรุนแรงมากขึ้น ภาวะกดดันเหล่านี้ย่อมนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมา (โสพพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ และคณะ, 2556)

3. ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมีผลกระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้สูงอายุ รู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคล สูญเสียความนับถือตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า จากการอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลายาวนาน บทบาททางจึงสังคมลดลงและเกิดการแยกตัว จึงขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสังคม

4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของประเทศไทยจะได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงินรัฐ ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากค่าฟอกไต เช่น ค่ายา ค่าตรวจพิเศษ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวในการเดินทาง ในผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว การหารายได้ให้กับครอบครัวลดลงไม่สามารถทำได้เต็มที่ เกิดผลกระทบกับครอบครัว เกิดการกู้หนี้ ยืมสิน ยังส่งผลกระทบต่อประเทศที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยไตวาย งบประมาณในการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาดูแลผู้ป่วย จัดหาสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือในการบำบัดทดแทนไตที่มีความต้องการเพิ่มขึ้นมากทุกปี (Pradipornsilpa, 2007)

การวินิจฉัยโรค และประเภทของการบำบัดรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังจะประเมินจากค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Infiltration Rate) ร่วมกับการตรวจหลักฐานอื่น ๆ ที่บ่งบอกว่าไตถูกทำลาย เช่น Proteinuria, blast cell in urine, renal osteodystrophy (Levey et al., 2003; วณิชา พึ่งชมภู, 2558)

การแบ่งระยะของโรคไต เรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย แต่ค่า Glomerular Infiltration Rate มากกว่า 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

ระยะที่สอง เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และตรวจพบค่า Glomerular Infiltration Rate อยู่ระหว่าง 60 – 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

ระยะที่สาม เริ่มตั้งแต่ Glomerular Infiltration Rate อยู่ระหว่าง 30- 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และค่า Serum creatinine จะอยู่ในช่วง 1.2 - 2 มก./ดล.

ระยะที่สี่ ระยะนี้จะมีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังที่รุนแรง ค่า Glomerular Infiltration Rate อยู่ระหว่าง 15-30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.และค่า Serum creatinine จะอยู่ในช่วง 3-5 มก./ดล.

ระยะที่ห้า หรือระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่า Glomerular Infiltration Rate ต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การทำหน้าที่ของไตลดลงจนไม่สามารถรักษาชีวิตไว้ได้ การรักษาด้วยยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงต้องเลือกแนวทางการบำบัดรักษาเพื่อการมีชีวิตอยู่ ในกรณีนี้แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) ซึ่งได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) หรือการรักษาแบบประคับประคอง (Comprehensive conservative care) (Martin, 2021) ดังนี้

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นเครื่องมือในการทำหน้าที่แทนไตเพื่อที่จะขจัดของเสียออกจากร่างกายที่มีประสิทธิภาพสูง มีการเตรียมหลอดเลือดถาวร (Vascular access) สำหรับการฟอกเลือด นำเลือดออกจากร่างกายผู้ป่วยโดยให้มีการแลกเปลี่ยนน้ำและสารละลาย (Dialysate) ผ่าน Semipermeable membrane สารต่าง ๆ ที่คั่งอยู่ในเลือด โดยเฉพาะสารพิษ หรือของเสียในผู้ป่วยจะลดลงภายหลังการฟอกเลือด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 4.5 ชั่วโมง แต่มีข้อจำกัดด้วยราคาค่อนข้างแพงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จุดประสงค์หลักของการฟอกเลือดคือทำการรักษาเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนไต ส่วนในผู้สูงอายุจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต (Non–renal transplant candidate)

2. การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นวิธีขจัดของเสียในเลือดออกจากร่างกาย โดยใช้เยื่อบุช่องท้อง ซึ่งมีหลอดเลือดฝอยจำนวนมาก ของเสียในเลือดจะซึมออกจากหลอดเลือดฝอย มาอยู่ในน้ำในช่องท้อง และเมื่อปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ของเสีย น้ำ เกลือ และกรดส่วนเกินก็จะออกตามมา การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) หรือ CAPD เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำหรือสารละลายในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านติดต่อกันได้ทุกวัน โดยเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกวันละ

3-4 ครั้ง อาศัยกระบวนการ diffusion, osmosis และ ultrafiltration โดยเป็นกระบวนการเคลื่อนที่ของสารและน้ำ โดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นของสารที่ต่างกัน

3. การปลูกถ่ายไต (Renal transplantation) ผู้ป่วยไตล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ไตจะสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียทำให้เกิดภาวะยูรีเมียและคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมและอาจได้รับการพิจารณาเข้ารักษาด้วยการปลูกถ่ายไต โดยผู้ป่วยไตวายหรือผู้รับ (Recipient) จะได้รับไตจากผู้บริจาคไต (Donor) ซึ่งจะมีการทดสอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยการปลูกถ่ายไตถือว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น แต่บางรายอาจมีปัญหาร่างกายปฏิเสธไตใหม่ได้ และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนไตสูงมาก ร่วมกับต้องมีไตใหม่ที่จะสามารถปลูกถ่ายทดแทนได้

4. การรักษาแบบประคับประคอง (Comprehensive conservative care) หมายถึงการรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย โดยไม่บำบัดทดแทนไต แต่ยังคงให้การดูแลรักษาด้านอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไป เช่น การควบคุมสมดุลของน้ำ รักษาภาวะซีด ควบคุมกรด-ด่าง ควบคุมความดันโลหิต รักษาระดับแคลเซียมและฟอสเฟตในเลือด ควบคุมการได้รับโปรตีน รวมทั้งการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่เกิดในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ซึ่งในปัจจุบันแนวทางปฏิบัติของ Kidney Disease Improving Global Outcome จัดให้การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย (Davison et al., 2015)

วิถีการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

วิถีการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง แบบแผนอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจนกระทั่งเสียชีวิตมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยที่วิถีการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไว้ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤติ 2) ระยะเรื้อรัง และ 3) ระยะใกล้ตาย ดังนี้ (Jablonski, 2004 อ้างถึงใน กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2564)

1. ระยะวิกฤต เริ่มต้นเมื่อพบว่าการทำงานของไตลดลง มีอาการคั่งของของเสียในร่างกาย เริ่มการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มปรับตัวต่อการบำบัดทดแทนไต ระยะนี้สิ้นสุดเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย จนถึงจุดที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต หากผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการบำบัดทดแทนไตจะข้ามไปสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต จะปรับตัวเข้ากับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

2. ระยะเรื้อรัง อาการเริ่มคงที่ ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตตามวิถีใหม่ ระยะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกถึงสุขภาพที่เสื่อมถอย เริ่มปรากฏอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษา รู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ เหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ และเกิดคำถามถึงระยะเวลาที่บำบัดทดแทนไตจะสิ้นสุดเมื่อใด ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงจากอาการข้างเคียงของโรคและมีภาวะโรคร่วมมากขึ้น และอาการทั่วไปทรุดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แน่นอนถึงระยะเวลาสุดท้ายหรือความตาย อาจจะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง และอาการไม่ดีขึ้น การพยากรณ์ถึงการรอดชีวิตต่ำ การเสียชีวิตจะเกิดขึ้นเมื่อยุติการล้างไต

3. ระยะใกล้ตาย คือระยะก่อนเสียชีวิตและระยะโศกเศร้าภายหลังการเสียชีวิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยังคงบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตอย่างกระทันหันจากการติดเชื้อหรือหัวใจหยุดเต้น และกลุ่มที่ยุติการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตจากภาวะของเสียคั่ง ระยะนี้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตและครอบครัวเข้าสู่ระยะโศกเศร้า และมีชีวิตใหม่หลังการสูญเสียโดยไม่มีบุคคลอันเป็นที่รัก

การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าการฟอกเลือดด้วยไตเทียมทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ยาวนานกว่า การรักษาแบบไม่ฟอกเลือด ยกเว้นในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือเป็นโรคร่วมที่มีความรุนแรง เช่นการศึกษาในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอายุมากกว่า 80 ปี ในประเทศฝรั่งเศส กลุ่มที่รักษาด้วยการฟอกไตมีอายุยืนยาวกว่า กลุ่มที่รักษาแบบไม่ฟอกไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.9 เดือนกับ 8.9 เดือน) โดยอัตราการรอดชีวิตปีที่ 1 และปีที่ 2 ในกลุ่มที่รักษาแบบฟอกไตคือร้อยละ 73.6 และร้อยละ 60 กลุ่มที่ไม่ฟอกไต อัตราการรอดชีวิตปีที่ 1 และปีที่ 2 คือร้อยละ 29 และร้อยละ 15 ตามลำดับ (Joly et al., 2003) ในประเทศอังกฤษ อัตราการรอดชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อายุมากกว่า 70 ปี และเลือกการรักษาแบบฟอกไตมีอายุยืนยาวกว่ากลุ่มที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (37.8 เดือนและ 13.9 เดือนตามลำดับ) (Carson et al., 2009) ในอีกด้านหนึ่ง การศึกษาของ Murtagh et al. (2007) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย ที่มีค่า estimated GFR < 15 ml/min และมีโรคร่วมสูง (High comorbidity scores) การรอดชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตกับกลุ่มที่ไม่ได้ฟอกไต ในประเทศไทยได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เลือกไม่ฟอกไตมีระยะเวลาการรอดชีวิต ในปีที่ 1 ร้อยละ 80 และในปีที่ 2 ร้อยละ 59 มีอายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy) ประมาณ 2 ปี (อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ, 2558)

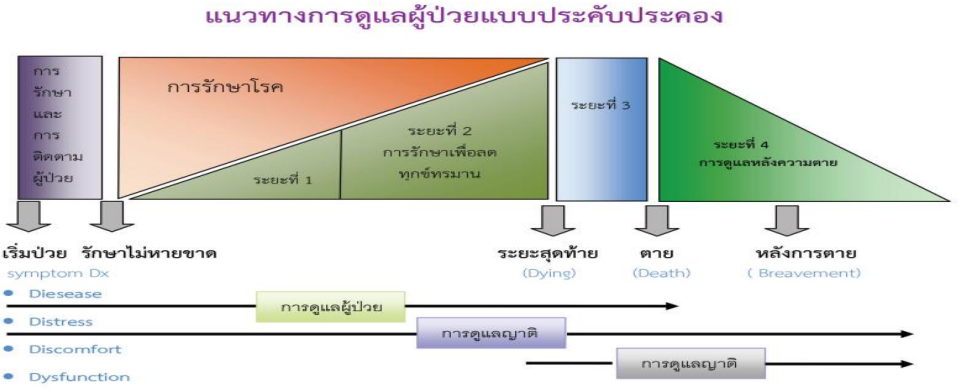
ในวัยสูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการลดลงการทำหน้าที่ของไต การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ทรุดลงตามอายุ จึงพบอัตราการป่วยมากที่สุดในวัยสูงอายุ การ

บำบัดทดแทนไตเป็นวิธีเดียวที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงชีวิตไว้ได้ เพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง ร่างกายจะเสื่อมถอย เริ่มปรากฏอาการข้างเคียงของและภาวะแทรกซ้อนโรค เกิดการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและการไม่สุขสบาย คุณภาพชีวิตลดลง จนเสียชีวิตในที่สุด

แนวคิดเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

บุคคลที่ต้องเผชิญกับความตายคือผู้ป่วยที่ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ร่างกายจะเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย กลไกของความตายจะเกิดขึ้นประมาณ 1-3 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต และเห็นได้ชัดในช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย ความทุกข์ทรมานมักเกิดในช่วงนี้ จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องเข้าใจบริบทการดูแลที่เป็นองค์รวม ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

กรมการแพทย์ (2559) ได้แสดงช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไว้ตามภาพที่ 2 ซึ่งระยะเวลาของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันไป การดูแลจะมุ่งไปที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ซึ่งกำลังเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามชีวิต (Life-threatening illness) โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางใจ สังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2002) ในปัจจุบัน ได้มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองร่วมด้วยทันทีที่เริ่มรักษา ไม่ได้มุ่งการรักษาโรคเพียงอย่างเดียวแต่พยายามประสานงานเพื่อให้การดูแลเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด แม้โรคจะรักษาไม่หายขาด การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงระยะท้ายของชีวิต บทบาทของทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเริ่มต้นเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรกและบทบาทจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อถึงระยะสุดท้ายและระยะหลังการตาย (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552)



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

ที่มา : (กรมการแพทย์, 2559)

แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

ความตาย (Death) คือช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต เป็นการหมดเวลาของหน้าที่ทางร่างกายที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้ เมื่อกระบวนการตายเริ่มต้นจึงเป็นกระบวนการสิ้นสุดของแต่ละบุคคล การตายของแต่ละบุคคลมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์แบบองค์รวมของแต่ละคน อาจจะอยู่ระหว่างนาที ชั่วโมง สัปดาห์หรือเป็นเดือน พิจารณาได้จากความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคที่ทำให้เสียชีวิตหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ (Miller, 2009)

ความหมายของการตาย

ความตาย (Death) หมายถึงช่วงเวลาที่จะเกิดขึ้นเมื่อระบบที่ทำหน้าที่ยังชีพหยุดทำงาน ประกอบด้วย การหยุดทำหน้าที่ของระบบการหายใจ และระบบการหมุนเวียนโลหิต แต่ในปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าช่วยประคองการทำงานของระบบการหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต จึงถือว่าการตายของสมองเป็นจุดเริ่มต้นของการตาย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560)

แนวคิดของความตายทางสังคมมีความหมายได้หลายแง่มุม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560) ดังนี้

1. ความตายโดยทั่วไป หมายถึงการที่ชีวิตสิ้นสุดลง ร่างกายหยุดการทำหน้าที่ เพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่หัวใจหยุดเต้น ไม่สามารถรับรู้และไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ไม่เคลื่อนไหว ไม่หายใจ

2. ความตายในทางกฎหมาย มี 2 ลักษณะ คือ 1) ตายตามธรรมชาติ หรือตายธรรมดา คือการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สิ้นสภาพบุคคลถาวรตลอดไป โดยอาศัยหลักทางนิติเวชศาสตร์ มีบุคลากรทางการแพทย์ชันสูตรพลิกศพและ 2) การตายโดยคำสั่งศาลว่าเป็นคนสาบสูญ กำหนดระยะเวลา 2-5 ปี หากต่อมาพบว่าบุคคลนั้นยังไม่ตาย ศาลก็จะมีคำสั่งเพิกถอนคำสั่งเดิมได้

3. ความตายในทางสังคม วัฒนธรรม หมายถึงการสิ้นสุดของการเป็นบุคคลในสังคม เป็นการสิ้นชื่อเสียง ไม่มีตัวตนของบุคคลนั้นอีกต่อไป

4. ความตายทางการแพทย์ เป็นการสิ้นสุดการทำหน้าที่ทางชีวภาพ มีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือคนคนนั้นต้องหยุดหายใจ หัวใจคนคนนั้นต้องหยุดเต้นและสมองของคนคนนั้นต้องหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง จึงถือเป็นการสิ้นสุดของชีวิต คำจำกัดความของการตายจากภาวะสมองตายของประเทศไทย แพทยสภาได้ประกาศเกณฑ์วินิจฉัย สมองตายครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2532 และเกณฑ์ดังกล่าวได้รับการปรับปรุงทบทวนเป็นระยะ ในปี พ.ศ. 2539, 2552 และฉบับปัจจุบัน คือ ประกาศแพทยสภาที่ 7/2554 เรื่องหลักเกณฑ์ และวิธีการวินิจฉัยสมองตาย ได้ให้แนวทางการวินิจฉัยไว้ว่าบุคคลที่สมองตายคือ 1) ตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้เอง ยกเว้นการเคลื่อนไหวที่เกิดจากรีเฟล็กซ์ (Reflex) ของไขสันหลัง 2) ตรวจไม่พบรีเฟล็กซ์ของก้านสมอง 3) สภาวะที่ตรวจ

พบดังกล่าวต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีของทารกและ 4) ทดสอบการไม่หายใจเป็นบวก หรือไม่มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกและหน้าท้อง (ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, 2561)

5. ความตายทางศาสนา แตกต่างกันไปแต่ละสังคม ความเชื่อ ศาสนาและค่านิยม ศาสนาพุทธเชื่อว่าความตายเป็นเพียงจุดของการเปลี่ยนสถานภาพหรือเปลี่ยนภพ หรือเปลี่ยนมิติหนึ่งไปอีกมิติหนึ่ง โดยบุคคลนั้นยังมี “ความดำรงอยู่” (Existence) มิได้สูญหายไปโดยสิ้นเชิง ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งด้านรูปธรรมและนามธรรม เช่น หน้าตาและร่างกายเปลี่ยนไปตามกาลเวลา เป็นการตายจากสภาวะหนึ่งไปเกิดอีกสภาวะหนึ่ง คือจากเด็กเป็นวัยรุ่น จากผู้ใหญ่เป็นวัยชรา ชีวิตไม่ได้สิ้นไปจริง ๆ เป็นเพียงแค่เปลี่ยนแปลงสภาวะไปเท่านั้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560)

ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ และรับมือกับความตายอย่างมีสติ มุมมองของการตายแต่ละบุคคลแตกต่างหลากหลายไปตามความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และบทบาทหน้าที่ของตนในสังคม

การตายดี

แนวคิดเรื่องการตายดี ถูกกำหนดและให้ความหมาย ให้คุณค่าโดยสังคมและชุมชน ตามกรอบแนวคิดของความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายของแต่ละบุคคล โดยพื้นฐานคนมักไม่นึกถึงความตายของตนเอง เมื่อมีเหตุให้ต้องนึกถึง คนส่วนใหญ่ก็ต้องการ “การตายดี” การตายดีส่วนใหญ่จึงหมายถึง การมีสุขภาวะก่อนตาย การตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่น่าเกลียด น่ากลัว ไม่มีใครมาทำร้ายให้ตายหรือไม่ตายเพราะอุบัติเหตุ ตายท่ามกลางญาติมิตร คนรัก ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยว มีสภาวะจิตที่สงบ ปล่อยวางได้ทุกสิ่งไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวล จิตน้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้ายโดยไม่ปฏิเสธผลักไส ไม่หวาดกลัวต่อการตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2549)

สันต์ หัตถีรัตน์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การตายดีคือการตายด้วยจิตใจที่ยอมรับความตายและรับรู้ความตายด้วยความสงบ พร้อมที่จะกลับคืนสู่ธรรมชาติ หรือพระหัตถ์ของพระผู้เป็นเจ้าโดยดุษฎี โดยเฉพาะ “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” และ “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ควรจะได้รับโอกาสจากผู้ดูแลให้เขาเหล่านั้นสามารถ “ตายดี” ได้

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2557) ได้ศึกษาถึงมุมมองของการตายดีในความหมายของการรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนี้

การตายดีในมุมมองของผู้ป่วย ได้แก่ 1) มีความเป็นอิสระ ปราศจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว 3) การที่ได้ตายอย่างสงบในสถานที่ ๆ พึงประสงค์ 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ 5) การที่ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและครอบครัว 6) การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ 7) มีความสมบูรณ์ในชีวิตในเรื่อง

การเตรียมตัวสำหรับความตาย ครอบครัวไม่โศกเศร้าเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 8) คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น 9) ต่อสู้กับความเจ็บป่วย มีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด 10) คงไว้ซึ่งความหวัง มีความคิดเชิงบวก 11) ได้ตายตามธรรมชาติ ไม่ยืดชีวิตออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ 12) คงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว อาชีพ การงาน สังคม ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ 13) ควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วางแผนสำหรับการจากไปอย่างสงบ 14) ระลึกถึงความตายเปรียบเสมือนการนอนหลับ ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 15) ได้กล่าวลาบุคคลอันเป็นที่รัก แสดงการขอบคุณความห่วงใยจากผู้อื่น 16) คงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจ 17) มีความเชื่อและศรัทธาในชีวิต

การตายดีในมุมมองของพยาบาล ได้แก่ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความห่วงหาอาวรณ์ 5) ตายในสถานที่ ๆ อยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย

การตายดีในมุมมองของครอบครัว ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ 2) ตายในสถานที่ที่ต้องการ 3) การมีความหวังและความปรารถนา 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ 12) การตายตามธรรมชาติ 13) การเตรียมตัวสำหรับการตาย 14) การควบคุมเหตุการณ์ในอนาคต 15) การตายอย่างไม่กังวล 16) ความสงบและสวยงาม 17) ความรู้สึกใช้ชีวิตคุ้มค่า 18) ความสุขด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

การตายดีจึงหมายถึงการตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่คั่งค้างสามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มักได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนาน จากโรคเดิมที่เป็นสาเหตุของภาวะไตวาย ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงรับรู้ได้ว่าโรคไตวายระยะสุดท้ายนี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเป็นระยะที่ความตายกำลังใกล้เข้ามา จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายของแต่ละบุคคล เพื่อสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึงการกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (บุรฉัตร จันทร์แดงและคณะ, 2562)

การเตรียมตัวตาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ขณะยังมีชีวิตอยู่เพื่อให้เกิดความพร้อม ในการไม่ประมาทกับชีวิต และหากความตายมาถึงเมื่อใดก็ พร้อมที่จะไปอย่างสงบและด้วยจิตที่เป็นกุศลในการเผชิญกับความตายนั้น (อุดมวรรณ วันศรี และเยาวเรศ ประภายานนท์, 2557)

การเตรียมตัวตายก่อนตายตามหลักพุทธศาสนา เป็นสิ่งที่บุคคลพึงพิจารณาและน้อมไปสู่การปฏิบัติ การที่มนุษย์จะเข้าถึงความตายจึงเป็นเรื่องปกติ สามารถฝึกฝนตนเองให้มองเห็นความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ และสามารถที่จะเข้าถึงการตายด้วยจิตที่สงบ และพร้อมทั้งที่จะเตรียมตัวก่อนตายตามหลัก “การตายโดยสงบ” และฝึกตนเพื่อการตายที่แท้จริง คือ “การตายจากกิเลสเครื่องเศร้าหมอง” หรือ การเข้าถึงนิพพานอันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการเข้าถึงความจริง (พุทธทาสภิกขุ, 2549 อ้างถึงใน พระไพศาล วิสาโล, 2549)

Steinhauser et al. (2000) ได้ให้ความหมายของการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับความตายสำหรับช่วงชีวิตสุดท้ายของแต่ละคนที่กำลังใกล้เข้ามาไว้ก่อนล่วงหน้า เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเตรียมตัวสำหรับการตาย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลจากความตายที่ใกล้เข้ามาได้และลดความเศร้าโศกของครอบครัวของผู้สูงอายุได้ คุ้มค่ากว่าที่จะมาตัดสินใจเรื่องสำคัญในระยะที่การตายกำลังใกล้เข้ามา

Chan and Yau (2010) ได้กล่าวถึง การเตรียมตัวสำหรับความตาย (Preparation for Death) หมายถึงการยอมรับความตาย เป็นการสร้างความตระหนักต่อการตาย เป็นโอกาสสำคัญโอกาสสุดท้ายที่จะให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและบรรลุผลสำเร็จตามที่พอใจในเวลาที่เหลืออยู่เพื่อให้การเตรียมตัวสำหรับตนเอง ผู้อื่น บุคคลรอบข้างให้มีความพร้อมในการเผชิญกับ

ภาวะใกล้ตายและความตายที่ดี ช่วยลดความเครียด และความโศกเศร้าของบุคคลอันเป็นที่รักและเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

Lunney et al. (2003) ได้อธิบายถึงรูปแบบการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตเป็นเวลานาน จะมีวิถีการเจ็บป่วยคล้ายกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคถุงลมปอดโป่งพองหรือโรคหัวใจ การทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลงเรื่อย ๆ จากการทำงานที่ลดลงของอวัยวะต่าง ๆ มีอาการทรุดลงหรือเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ เมื่อได้รับการรักษา การบำบัดทดแทน อาการจะดีขึ้น สลับกันเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องจนถึงสิ้นสุดชีวิต ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปีที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ล้างไต สถานะสุขภาพจะคงที่อยู่ระยะหนึ่งจนถึงช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิตสุขภาพจะทรุดลดลงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว การศึกษาเกี่ยวกับวิถีการเจ็บป่วยนี้เป็นประโยชน์ในการดูแลระยะสุดท้าย สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าและให้คำแนะนำพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญความตายที่เหมาะสมได้

องค์ประกอบของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Corr et al. (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเตรียมตัวเพื่อการตายด้านร่างกาย (Physical preparation)

การวางแผนและการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและร่างกายของตนเองไว้ล่วงหน้าสำหรับการเตรียมตัวก่อนตายของตน รวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับร่างกายของตนหลังจากที่ตายไปแล้ว ตามค่านิยมและความเชื่อของแต่ละบุคคล เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจในความต้องการด้านร่างกายและบรรเทาความทุกข์ทรมานของร่างกาย (Physical distress) การเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้านร่างกาย ประกอบด้วย

การเลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์ เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาไว้ตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่ภาวะใกล้ตาย โดยเป็นการวางแผนไว้ล่วงหน้าสำหรับเวลาที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิตของตนเองให้เป็นไปตามที่ปรารถนา (Self of control) และช่วยลดภาระของบุคคลอันเป็นที่รัก (Relieving the burden) ลดความวิตกกังวล ความเครียด เมื่อระยะเวลานั้นมาถึงตามความประสงค์ของผู้ป่วย หรือว่าช่วยลดความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เมื่อต้องมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นเป็นไปตามที่ผู้ตายต้องการ การทำพินัยกรรมชีวิต (Living view) จึงเป็นเอกสารทางกฎหมายที่จัดทำขึ้น ว่าต้องการให้ใช้รักษาทางการแพทย์อย่างไรกับตัวเอง เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ในกรณีที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกินเดือน หรือไม่ต้องการวิธีการรักษาแบบใด เช่น การผ่าตัดเพื่อยื้อชีวิต การใส่ท่อช่วยใจ การให้สารน้ำทาง

สายยาง และหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นการตายที่ปรารถนา (Euthanasia) นอกจากนี้ยังสามารถทำเอกสารมอบหมายให้ญาติหรือผู้ที่ไว้วางใจเป็นผู้ตัดสินใจแทนได้อีกด้วยในกรณีที่ตนเองไม่สามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560)

ในประเทศไทย การแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ ตามเจตนาของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถแสดงความประสงค์ที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดความเจ็บป่วยทรมานโดยไม่จำเป็น หากแต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และอาการต่าง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวยอมรับการจากไปตามกฎของธรรมชาติ โดยไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ อันจะเกิดความทุกข์ทรมานกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ธนิดา อินทะจักร์ และคณะ, 2561)

การเลือกสถานที่พักรักษาตัว เมื่ออยู่ในระยะใกล้ตายผู้ป่วยบางคนเลือกที่จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะว่าต้องการที่จะได้รับการดูแลรักษาจากทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ (2560) ได้ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบในโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายของผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์สูง เกือบจะอยู่ในอัตราส่วนครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด และยังพบว่า มีการใช้บริการสาธารณสุขหรือการรักษาในระหว่าง 3 เดือนก่อนตาย สูงถึงร้อยละ 39.1 ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ชีวิตในช่วงของการตายในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด ซึ่งไปตามแนวทางการดำรงชีวิตของคนไทยในปัจจุบัน เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องไปโรงพยาบาล แต่ในผู้สูงอายุบางรายอาจเลือกที่จะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ถึงแม้จะมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย แต่เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและอยู่ใกล้ชิดห้อมล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว โดยมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาให้การดูแลที่บ้านหรือมีผู้ดูแลที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเต็มใจที่จะรับผิดชอบดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต การเลือกที่พักรักษาตัวของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความประสงค์ของผู้สูงอายุ และเป็นข้อตกลงร่วมกันในครอบครัว (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และคณะ, 2559)

การเลือกสถานที่ตาย มนุษย์ทุกคนมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีผลต่อความรู้สึก ความคิด ความรัก ความผูกพันในครอบครัว ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลถูกแยกตัวออกมาจากครอบครัว ถูกตัดขาดจากสังคม ที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ยิ่งเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และกำลังใกล้ความตายจะเกิดความรู้สึกเศร้าหมอง โดดเดี่ยว ท้อแท้ ผู้ป่วยจึงอยากมีโอกาสกลับไปเยี่ยมเยียน สั่งลาหรือได้

เห็นสิ่งที่ผูกพันนั้นอีกครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยากกลับไปตายที่บ้าน (Hall, 1997) ในอดีตที่ผ่านมา คนส่วนใหญ่จึงเลือกสถานที่ตายที่บ้าน เพราะจะได้ตายโดยมีสมาชิกในครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้างตน รอบเตียงห้อมล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก ร้อยละ 80 ของประชากร เสียชีวิตที่เตียงของตนเอง ในช่วงปี ค.ศ. 1900 เป็นต้นมา การเปลี่ยนแปลงประชากร การขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ร้อยละ 68 ของประชากรเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในสถานที่ เตียงและบุคคลรอบข้างที่ไม่คุ้นเคย (Corr et al., 2009) ในประเทศไทย จากการศึกษาด้านทัศนคติต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลด้านความต้องการการดูแลในระยะเข้าสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่ามีทัศนะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายที่โรงพยาบาลนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วย เหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการ แพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2560)

การบริจาคอวัยวะของร่างกาย โดยที่ตามกฎหมายนั้นบุคคลมีสิทธิและเสรีภาพที่จะบริจาคร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่นอุทิศร่างกายให้กับโรงเรียนแพทย์ ในอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ปอด ตับ ตับอ่อน กระจกตาดำ กระดูกอ่อนชนิดยาว (Long bones) ผิวหนัง กระดูกของหูชั้นกลาง (Middle Ear bones) การบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย สำหรับประเทศในทวีปเอเชียนั้นมีอัตราต่ำกว่าทางตะวันตกเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะเมื่อเสียชีวิตแล้วอาจสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่บทบาทของการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อศาสนาและนโยบายสาธารณสุข ในประเทศไทยมีอัตราการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่ำมาก ข้อมูลในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราการบริจาคจากภาวะสมองตายเพียง 150 ราย คิดเป็นอัตราบริจาคได้ 2.5 ต่อล้านประชากรต่อปี อวัยวะที่ได้บริจาคมากที่สุดคือการบริจาคไต ซึ่งยังขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมาก ในประเทศไทยมีผู้รอรับการบริจาคไตอยู่ถึง 4,748 คน การปลูกถ่ายไตสำเร็จมีเพียงประมาณ 600 คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากคนในครอบครัว มาจากผู้บริจาคที่สมองตายเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น สาเหตุของการขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะนี้เกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 5 ประการ ประการแรกคือ ความร่วมมือจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ประการที่สองคือ การขาดแคลนผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ประการที่สามคือระบบการบริหารงานในโรงพยาบาล ประการที่สี่ ปัจจัยในระดับบุคคลได้แก่ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ประการที่ห้า คือปัจจัยทางสังคม และอื่น ๆ (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2560) ดังนั้น พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะจึงยังไม่เป็นพฤติกรรมที่เด่นชัดในผู้สูงอายุไทย

การวางแผนเกี่ยวกับการจัดงานศพของตนไว้ล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัว และช่วยให้สมาชิกในครอบครัว มีเวลาในการปลอบโยนซึ่งกันและกัน หลังจากการตายของตน เช่น ต้องการให้ฉีดยาศพเพื่อรักษาสภาพ การตัดสินใจให้เผาหรือฝังศพ การเตรียมซื้อที่ดินไว้เป็นสุสานสำหรับฝังศพ การเลือกสถานที่สำหรับการเก็บศพเพื่อรอการฝังหรือเผา การเลือกสถานที่ฌาปนกิจศพ การผ่าชันสูตรศพถ้ามีความจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุการตาย การจัดการเกี่ยวกับเถ้ากระดูกที่เผาแล้วว่าต้องการให้นำไปลอยอังคารในทะเล นำไปไว้บนยอดเขา หรือนำไปโปรยที่ใดที่หนึ่งที่ต้องการ (Corr et.al., 2009)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตใจ (Psychological preparation)

การเตรียมตัวด้านจิตใจ เป็นการวางแผนจัดการด้านอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองไว้ล่วงหน้าสำหรับเผชิญความตายในระยะเวลาก่อนการตาย เพื่อให้สามารถตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ตระหนักว่าความตายสามารถเกิดได้ทุกขณะ เป็นการประเมินตนเองว่ากลัวตายหรือไม่ ประเมินว่าตนเองให้ความหมายความตายว่าเป็นอย่างไร พระไพศาล วิสาโล (2556) ได้อธิบายถึงการตระหนักต่อความตาย สามารถปฏิบัติได้ 2 วิธี คือ วิธีปฏิบัติที่ 1 เมื่อมีเวลาว่างทำจิตใจให้สงบ สำรวมจิตเป็นสมาธิ พิจารณาให้เห็นว่าทุกสิ่งทั้งปวงไม่ควรยึดมั่น ถือมั่นว่าเป็นของเรา เป็นสิ่งที่อาศัยกันไปในการเวียนว่ายตายเกิดเท่านั้น การยึดมั่นเป็นสิ่งที่เป็นทุกข์ เมื่อพิจารณาได้แล้ว จิตจึงเกิดความพร้อมต่อการเผชิญความตาย วิธีปฏิบัติที่ 2 เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของร่างกาย ใช้ปัญญาในการปรุงแต่งจิตให้ละวาง หยุดความคิด ลดความคาดหวัง ลดความยาก การยึดมั่นถือมั่น ให้จิตดับไปตามสภาพร่างกาย อย่าได้เป็นห่วง กังวลอันใด เมื่อจิตว่าง จึงเข้าสู่ธรรมะที่เป็นความหลุดพ้นอย่างสมบูรณ์ การเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้านจิตใจประกอบด้วย

การเลือกผู้ที่จะให้การดูแลตนเองในระยะใกล้ตายว่าจะเป็นใคร เช่น บุตร หลาน ญาติ หรือทีมสุขภาพ ควรเป็นคนที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ รักใคร่ มีความรู้สึกผูกพันกัน ซึ่งจะเป็นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และความอบอุ่นทางจิตใจด้วย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560)

การพร้อมที่จะรับทราบความจริงจากแพทย์ว่าตนเองอยู่ในระยะใกล้ตาย โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสร่วมในการตัดสินใจในวิธีการรักษา อธิบายบอกข้อมูลให้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจยินยอมด้วยตนเอง (สันต์ หัตถีรัตน์, 2552)

การไปเยี่ยมเยียนปลอบโยนผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและสนทนาถึงปรัชญา ความพร้อมในการเผชิญความตาย พูดคุยกับญาติหรือเพื่อนของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ปลอบโยนให้กำลังใจแก่ผู้ที่มีความโศกเศร้าเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพูดคุย ความในใจ การทำใจว่าการตาย

เป็นเรื่องธรรมชาติ หรือการได้เข้าร่วมพิธีศพผู้อื่น โดยตระหนักรู้อยู่เสมอว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2545)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านสังคม (Social preparation)

การเตรียมตัวด้านสังคมเป็นการวางแผนเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่น ในขณะที่ตนมีชีวิตอยู่ และการดำเนินชีวิตของผู้อื่นหลังจากการตายของตน ได้แก่

การสนทนาเรื่องสุขภาพของตนและความตายของตนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอย่างเปิดเผย ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในภาวะใกล้ตาย (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และคณะ, 2559) เป็นการวางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัว

การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยครอบครัวให้การประคับประคองอย่างเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งของผู้สูงอายุและยังลดภาระของครอบครัวลงได้

การมอบความรักความห่วงใยกันในครอบครัว และปรับความเข้าใจกัน (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2545)สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย มีความสำคัญ เมื่อถึงวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถควบคุมตนเองหรือไม่สามารถตัดสินใจใด ๆ ได้

การมีผู้จัดการเป็นตัวแทนด้านผลประโยชน์และการจัดการในสิ่ง ๆ ของผู้สูงอายุ เป็นการปกป้องผู้สูงอายุจากภาวะคุกคามทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้น จึงควรมีการจัดการด้านทรัพย์สินด้วยผู้ที่ชำนาญหรือผู้ที่ไว้วางใจได้มาช่วยดูแลผลประโยชน์ (Corr et al., 1997) การจัดการธุรกิจที่คั่งค้างให้เสร็จเรียบร้อยและการมอบหมายงานให้ผู้อื่นเป็นผู้รับผิดชอบ การทำพินัยกรรม การทำประกันชีวิต การจัดการเรื่องการเงิน การไตร่ตรองเรื่องผลกระทบการตายของตนต่อบุตร หลาน การวางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหลังจากที่ตนเองถึงแก่กรรม (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560; Pinquart et.al, 2002) เป็นพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านสังคมที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ปฏิบัติร่วมกัน

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตวิญญาณ (Spiritual preparation)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตวิญญาณ เป็นการวางแผนจัดการเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจ โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวของจิตใจ เช่นการอ่านหนังสือเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย ความเชื่อทางศาสนา หรือหนังสือเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย การเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้านจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วย

การตั้งความหวังไว้ว่าตนจะพบกับความตายที่ปราศจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน การตั้งความหวังไว้ว่าตนจะมีชีวิตอยู่ได้นานตามที่ตนปรารถนา

การปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามศรัทธาของแต่ละบุคคล เช่น การสวดมนต์ฝึกสมาธิ ปฏิบัติธรรม ทำจิตใจให้สงบ คลายทุกข์ เกิดปัญญากลับไปแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ศาสนาจึงเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่มีความทุกข์ เศร้าหมอง เป็นที่พึ่งให้เกิดความสงบทางจิตใจ ต่างจากคนที่ไม่มีศาสนา ไม่มีสิ่งใดยึดมั่น ในช่วงสุดท้ายของชีวิตมักมีความทุกข์ ว้าเหว่ ขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2561)

การเล่าเรื่องราวในอดีตให้คนอื่นฟัง การเขียนอัตชีวประวัติเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ การจัดทำวิดิทัศน์หรือเทปบันทึกเสียงหรือเขียนจดหมายเกี่ยวกับการกล่าวคำอำลาแก่บุคคลอันเป็นที่รัก การสนทนาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการจัดพิธีศพที่ตนต้องการ การมอบสิ่งของที่เป็นของรักของตนให้ผู้อื่น เช่น ผลงานหนังสือ ศิลปะ เป็นต้น มีการระลึกถึงความหลังและทบทวนชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งก่อให้เกิดความสงบที่จิตใจ

การศึกษาของ Hermann (2001) พบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของตนเอง ได้แก่ 1) ความต้องการปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนา เช่น ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเข็มแข็ง ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา 2) ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทั้งในครอบครัว เพื่อน บุคคลทั่วไป 3) ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ และต้องการมีกิจกรรมทั่วไปร่วมกับครอบครัว 4) ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ การงาน มรดก หรืออื่น ๆ 5) ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติ 6) ต้องการพบเห็นแต่สิ่งดี ๆ การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ

สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย หมายถึงการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำสิ่งที่ตนปรารถนาหรือมุ่งหวังให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะก่อนตาย ความพยายามที่จะทำในสิ่งที่ตนปรารถนา โดยการแสดงความประสงค์ด้วยคำพูดหรือการกระทำที่แสดงถึงความต้องการของตนเองไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิต รูปแบบวิธีการรักษาที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุน การประคับประคองด้านร่างกาย จิตใจ และส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงแนวทางการจัดการของครอบครัวภายหลังการตายของตนเอง ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล การเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรมีครบทุกมิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจถึงความตายที่แท้จริง เกิดทัศนคติที่ดีต่อความตาย สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยความไม่

ประมาท สามารถปล่อยวางในสิ่งยึดมั่นทั้งปวง ไม่ห่วงหาอาลัยชีวิตเมื่อถึงวาระสุดท้าย สามารถเข้าถึงการตายอย่างสงบได้โดยง่าย

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาวะใกล้ตาย

วิถีการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง แบบแผนอาการและความสามารถในการในการทำหน้าที่ทางกายจนกระทั่งเสียชีวิตมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่เมื่อถึงช่วงเวลาใกล้ตาย การเปลี่ยนแปลงจะเห็นชัดเจนไม่แตกต่างกัน และมีความสำคัญที่สุด ความทุกข์ทรมานมักเกิดในช่วงนี้ จำแนกอาการเป็น 3 ด้านได้แก่ ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในภาวะใกล้ตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีดังนี้ (ปราณี อ่อนศรี, 2557; วณิชา พึ่งชมภู, 2558)

1.1 เบื่ออาหาร จากการคั่งของสารพิษต่าง ๆ ในร่างกาย ที่ไตไม่สามารถกรองออกได้ ทำให้เกิดปากอักเสบ มีแผลในช่องปาก จากการที่เอนไซม์ยูรีเอสเปลี่ยนยูเรียในน้ำลายให้เป็นแอมโมเนีย การรับรสเฝื่อน มีอาการสะอึก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลง แต่พบว่ามีผลดีกับผู้ป่วยเพราะทำให้ร่างกายมีสารคีโตนมากขึ้น สารนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นและบรรเทาอาการปวดได้

1.2 อ่อนเพลีย ร่างกายมีสภาพถดถอยลงเรื่อย ๆ การทำงานของอวัยวะระบบต่าง ๆ จะเริ่มสูญเสียการทำหน้าที่ ไตสร้างฮอร์โมนอิริโธพลอยอีตินลดลง ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ร่างกายมีภาวะเป็นกรด ทำให้เม็ดเลือดแดงอายุสั้นลง จึงเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กร่วมกับภาวะการขาดอาหาร ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

1.3 ง่วงนอน อาจนอนหลับตลอดเวลา เคลื่อนไหวได้น้อยลง เกิดการคั่งของสารยูเรเมียในกระแสเลือด (Uremic encephalopathy) ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลีย จนถึงภาวะสับสน เพ้อ อาการชัก ไม่รู้สึกตัว หมดสติ

1.4 ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจะดื่มน้ำน้อยลง หรือไม่ยอมดื่มน้ำเลย จากไตของผู้ป่วยเริ่มไม่ทำงาน จำนวนปัสสาวะลดลง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มล./นาที/ตร.ม. ผู้ป่วยจึงไม่มีปัสสาวะ

1.5 ร่างกายเสื่อมสภาพลง ประสาทสัมผัสทำหน้าที่ลดลง ทำให้ผิวหนังของอวัยวะส่วนปลายบริเวณแขน ขาเป็นจ้ำ ๆ สีม่วงแดง ผู้ป่วยอาจมีอาการเพ้อ ประสาทหลอน เห็นภาพเก่า ๆ เห็นญาติพี่น้องที่เสียชีวิต เห็นบาป–บุญคุณโทษในอดีต จากความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง หรือจากผลของการคั่งสารยูเรียในกระแสเลือด จะขัดขวางความเร็วของการส่งสัญญาณในส่วนแขนขาช้าลง หรือผลจากยา

1.6 ผู้ป่วยใกล้ตายจะไม่รู้สึกตัว แต่อาจได้ยินและรับรู้ได้แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้

1.7 การร้องครวญครางหรือมีหน้าบิดเบี้ยว เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสมอง หรือเป็นจากกล่องเสียง หลอดลมเริ่มอ่อนแอลง เสียงที่ออกมาจึงคล้ายเสียงร้องทั้งที่ไม่ได้ร้อง ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน เพ้อ อาการชัก ไม่รู้สึกตัว จนหมดสติอาจเกิดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการคั่งของสารยูเรียในกระแสเลือด

1.8 ผู้ป่วยใกล้ตายอาจมีเสมหะในคอมาก ไม่สามารถขับออกได้เอง จากร่างกายอ่อนแรงลง การกลืนเป็นไปด้วยความลำบาก คางตก กล้ามเนื้อหย่อนคล้อยลง เสียงหายใจดังน้ำลายไหลออกมาตลอดเวลา

ด้านร่างกาย เมื่อความตายใกล้เข้ามา ร่างกายผู้สูงอายุจะทำงานช้าลงและแสดงอาการเหล่านี้ ได้แก่การลดลงของระดับความดันโลหิต ชีพจรเบาและเร็ว มีภาวะหายใจลำบากหรือมีช่วงเวลาการหยุดหายใจ ม่านตามีปฏิกิริยากับแสงช้าหรือไม่มีปฏิกิริยา เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเย็น กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ควบคุมไม่อยู่ ผิวหนังซีดมีรอยด่างดำ และสูญเสียการได้ยินและการมองเห็น (Eliopoulos, 2018)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายมักมีความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวอยู่ในใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้กลัวตาย แต่กลัวหรือกังวลต่อขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่ความตาย เป็นห่วงกังวลถึงบุคคลที่รักที่ตนต้องจากไป การอยู่อย่างเดียวดาย กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ ความเบื่อหน่ายต่อสภาวะของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ดั่งใจ ถึงแม้จะได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่ความรู้สึกเป็นผู้ป่วยไปตลอดชีวิต ความเจ็บปวดทรมานจากอาการของโรคและการรักษาโรค ควบคุมความเป็นตัวของตัวเองไม่ได้ (Loss of control) มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety) อย่างยาวนานจนเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) (Finnegan-John & Thomas, 2013)

ปฏิกริยาการตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองกำลังจะตายในระยะเวลาอีกไม่นาน Kubler-Ross (1969) ได้อธิบายไว้ มีการแสดงออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560; Eliopoulos, 2018)

ระยะที่ 1 ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ (Denial) เกิดภาวะช็อกทางจิตใจ อาจรู้สึกตกใจมาก งุนงงในตอนแรก ต่อจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือไม่เชื่อว่าการสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้น

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) ความรู้สึกโกรธจะเกิดตามมาเมื่อสิ้นระยะแรก ถามตนเองว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” หรืออาจแสดงความเคียดแค้นว่าตนเองเป็นบุคคลที่โชคร้าย ต้องตายทั้งที่ยังไม่ปรารถนาที่จะตาย

ระยะที่ 3 ต่อรอง (Bargaining) ระยะนี้ผู้ป่วยจะพยายามประนีประนอม ต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสีย เพื่อให้มีโอกาสมีชีวิตยืนยาวต่อไป อาจรู้สึกผิด กลัวการลงโทษ จึงอาจไปทำการบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย ถ้ารอดตายจะกระทำความดีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการตอบแทน

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) ไม่สามารถปฏิเสธความเจ็บป่วยและตระหนักว่าไม่สามารถชะลอการสูญเสียได้ ความเศร้าในระยะนี้มี 2 ชนิด คือเป็นความเศร้าที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและเป็นความเศร้าในการเตรียมตัวตาย

ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) อาการยอมรับความจริง ความสนใจต่อคนรอบข้างน้อยลง บางรายอาจต้องการวางแผนชีวิต จัดการภาระที่คั่งค้าง การเตรียมพิธีศพ

ขั้นตอนการตอบสนองด้านจิตใจต่อภาวะใกล้ตาย เป็นเพียงแนวคิด ทุกคนอาจจะผ่านทุกขั้นตอนหรือไม่ผ่านก็ได้ และเกิดขึ้นไม่เป็นลำดับต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับลักษณะการดำเนินของโรค บุคลิกภาพ ของแต่ละบุคคล

3. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จิตวิญญาณถือว่าเป็นแก่นของชีวิต คอยทำหน้าที่ประสานการทำงานกับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความหมายของจิตวิญญาณแปรเปลี่ยนไปตามการนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสังคม วัลภา คุณทรงเกียรติ (2558) ได้ศึกษาถึงลักษณะที่เหมือนกันของจิตวิญญาณในสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก คือ 1) จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มีอยู่ในคนทุกคนและมีความสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ 2) การอธิบายความหมายของจิตวิญญาณมีจุดเริ่มต้นที่ศาสนา เนื่องจากศาสนาเป็นสิ่งที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อชีวิต ความรู้สึกนึกคิดของคนเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มนี้รู้สึกว่าตัวเองไม่มีอนาคต เพราะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามความหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง ต้องอาศัยการบำบัดทดแทนไตตลอดเวลา เป็นภาระของผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น เมื่อภาวะใกล้ตายมาถึง จะเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) กลัวในความไม่แน่นอนในชีวิต สงสารหรือโทษตัวเอง หากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจและไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Coping response) เกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สำหรับผู้สูงอายุที่เคยมี

ประสบการณ์ในภาวะใกล้ตาย มีศรัทธาและความเชื่อทางด้านศาสนา จะมีความกลัวตายน้อยลง มีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปรียสลิล ไชยวุฒิ, 2559; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; พระไพศาล วิสาโล, 2549; Finnegan-John & Thomas, 2013)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การที่ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมการตายที่เหมาะสม จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การตายอย่างสงบ (Peaceful death) มีสุขภาวะในระยะก่อนตาย เป็นการตายดี ในบุคคลสิ่งที่มีความสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมมี 2 ประเภท คือ 1) ลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคล ที่ได้รับการปลูกฝังมาจากความเชื่อ ศรัทธา ค่านิยม ทัศนคติ และบุคลิกภาพของบุคคล เป็นการยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นความจริง โดยไม่มีเหตุผลใด ๆ มารองรับก็ได้ หรือเกิดจาก 2) กระบวนการทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม และสถานการณ์ในขณะที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม (บุรฉัตร จันทร์แดง และคณะ, 2562)

จากการศึกษาในเชิงทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุมีหลากหลาย ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนี้ ปัจจัยด้าน อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้สุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย

1. อายุ แบ่งออกเป็นช่วงวัย นับเวลาจำนวนเต็มปี โดยแบ่งช่วงวัยออกเป็นสามช่วงคือ ช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (Elderly) อายุ 60-69 ปี ช่วงวัยสูงอายุตอนกลาง (Old) 70-79 ปีและช่วงวัยสูงอายุตอนปลาย (Very old) อายุ 80 ปีขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จากการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย และไม่สามารถย้อนกลับได้ เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ระบบไตของผู้สูงอายุ มีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและการทำงาน ปริมาตรและน้ำหนักของไตในผู้สูงอายุลดลงจากการแข็งตัวของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อในการกรองของหน่วยไต การกำจัดของเสียจากร่างกายลดลง อัตราการรองของไตลดลงเฉลี่ยเหลือประมาณ 85 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร (ในคนปกติพบมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร) (Praditpornsilpra, 2007 อ้างถึงใน วณิชา พึ่งชมภู, 2558) ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นยังมีพละกำลัง เป็นวัยที่ยังคงทำงานหาเลี้ยงชีพและต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว

ประสบการณ์การสูญเสียยังมีน้อย ความเข้าใจและยอมรับปรากฏการณ์ของชีวิต ยอมรับกับสัมพันธภาพของสิ่งต่าง ๆ ในโลก ความเติบโตทางวุฒิภาวะภายในตนเองและสัมพันธภาพต่อสังคมซึ่งเป็นพัฒนาการธรรมชาติตามช่วงวัย จึงอยู่ในระดับต่ำ จึงพบพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายได้น้อย (ฉัตรวารินทร์ บุญเดช และคณะ, 2560) ในผู้สูงอายุผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ ผู้สูงอายุใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับบำบัดรักษาทดแทนไตตลอดชีวิต ผู้สูงอายุจะละทิ้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำ ค่อย ๆ แยกตัวออกจากสังคม ร่วมกับมีประสบการณ์ความเสื่อมของร่างกายตนเอง จึงสามารถยอมรับการตายได้ดีกว่า (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) จากหลายๆ การศึกษาก็สรุปว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญความตายได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. ประเภทของการบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ การบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy; KRT) (การล้างไตและการเปลี่ยนถ่ายไต) และการดูแลที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต (Non-KRT) มีผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากปัญหาในการเข้าถึงบริการมีจำกัด หรือมีความเสื่อมของร่างกายมากจนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มต้นรักษา (National Kidney Foundation, 2020) แนวคิดการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative care) จึงได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน การจัดการอาการ โดยบริหารจัดการร่วมกับการรักษาโดยการใช้ยา และการจัดการภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและได้รับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Murtagh et al., 2007) ดังนั้น การบำบัดทดแทนไตแต่ละประเภทจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. การรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง การที่ผู้สูงอายุรู้ว่าสุขภาพตนเองไม่ดี จะทำให้มีการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง จะคิดคำนึงถึงความตายบ่อยขึ้น การศึกษาของ อรนุช ประดับทอง และธิดารัตน์ คณึงเพียร (2563) พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าสุขภาพตนเองมีความผิดปกติโดยเฉพาะด้านความบกพร่องทางสังคม จากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และต้องพึ่งพาผู้ดูแล การมีโรคเรื้อรัง ภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้ว่ากำลังจะไปสู่ความตาย

จึงเริ่มมีการตระหนักต่อการเตรียมตัวตาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ได้ว่าความตายเป็น เรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และไม่มีใครหลีกหนีพ้น เป็นการสิ้นอายุขัย พ้นทุกข์ และหมดเวรหมดกรรม และมีทัศนะที่ดีต่อการตายอย่างสงบ คือ การตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน ตายโดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำและตายโดยแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยว (พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2560) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเผชิญความตายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

4. ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุพบเห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับความตายของบุคคลใกล้ชิดเช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ภรรยา สามี บุตร และญาติสนิท รวมทั้งประสบการณ์การดูแลผู้ใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย หรือสิ่งที่ผู้สูงอายุพบในเหตุการณ์ภาวะใกล้ตายของตนเอง ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์พบเห็นความตายของคนในครอบครัว ได้อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย จะทำให้มองเห็นกระบวนการในภาวะใกล้ตาย จึงเกิดแรงพลักดันให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเผชิญกับความตายสำหรับตนเองได้ดี โดยปกติแล้วผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์และมีทักษะในการแก้ปัญหาชีวิตต่าง ๆได้ดี หากเคยประสบกับการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่รัก ย่อมเข้าใจและปรับตัวยอมรับการสูญเสียง่าย (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปรียสลิล ไชยวุฒิ, 2559) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์การสูญเสียของสมาชิกในครอบครัว ก็ยังมีความเศร้าโศก อาจจะเศร้าโศกมากกว่าเมื่อพบกับการสูญเสียของลูกหลานของตนเองที่ยังอยู่ในวัยเด็ก (Lekalakala-Mokgele, 2018) การศึกษาของ Chan and Yau (2010) ศึกษาการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์พบว่า ประสบการณ์ตรงในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อมสำหรับการตายของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งมักผ่านภาวะวิกฤติในชีวิต ประสบกับภาวะใกล้ตายบ่อยครั้งในชีวิต จากการทรุดลงของโรค ตามการศึกษาของ Murtagh (2007) ได้ศึกษารูปแบบการเจ็บป่วยในโรคไตวายเรื้อรังไว้ในกลุ่มรูปแบบการเจ็บป่วย (Illness trajectory) ของโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย เช่นเดียวกับถุงลมปอดโป่งพอง ภาวะหัวใจล้มเหลว รูปแบบการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตอย่างต่อเนื่อง จะค่อย ๆ ลดลงตามการลดระดับการทำงานของอวัยวะในร่างกาย และมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเป็นระยะๆ ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการล้างไต อาการทั่วไปจะยังคงที่จนถึงเดือนสุดท้ายของชีวิต อาการจะทรุดลงอย่างรวดเร็วในเดือนสุดท้าย ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเอง จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความไม่แน่นอนในชีวิต ความตายอาจจะเข้ามาใกล้ในไม่ช้า ผู้สูงอายุจึงใช้เวลาที่เหลืออยู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการตายดีของตนเอง ดังนั้นประสบการณ์

เกี่ยวกับความตายจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เมื่อคิดถึงหรือรับรู้เกี่ยวกับความตาย สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต่อการตายจากที่ไม่สามารถจินตนาการเกี่ยวกับความตายของตนได้ ไม่มีใครรับรู้ได้ว่าความตายจะเกิดขึ้นเมื่อใด เพราะความตายเป็นสิ่งลึกลับไม่สามารถให้ความเห็นที่เหมือนกันได้ คนส่วนใหญ่กลัวกระบวนการตายและชีวิตหลังการตาย จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เนื่องจากเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ร่วมกับการตระหนักรู้เรื่องเวลา กังวลกับระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ โดยไม่สามารถรู้ได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าใด เกิดความหวาดกลัวและหวาดหวั่นเมื่อนึกถึงความตายและอนาคต และอยู่ในสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะแทรกซ้อน เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการตาย (Lonetto et al., 1986)

Kendler et al. (2007) กล่าวว่าภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยโรคทางกาย เช่นโรคเรื้อรัง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคทางระบบฮอร์โมน เช่น ความผิดปกติของฮอร์โมนธัยรอยด์ ภาวะคอร์ติซอลเกิน และยาบางอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะวิตกกังวล เช่น ยาหรือสารกระตุ้นประสาท ยาดิจิทาลิส ยากลุ่มยับยั้งเบต้า ยาต้านเศร้ากลุ่มเอสเอสอาร์ไอ และยาต้านโคลิเนอร์จิก ภาวะวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นสารสื่อประสาท โดยเฉพาะแคธีโคลามีน(Catecholamine) ซีโรโตนิน (Serotonin) และ GABA ภาวะวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้แคธีโคลามีน ถูกขับออกมาในกระแสเลือดมากขึ้น ที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ อีฟิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีฟิเนฟริน (Norepnephrine) อีฟิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ใจสั่น ขนลุก เหงื่อออก เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เร่งการย่อยน้ำตาล ไกลโคเจนในตับ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้กระวนกระวาย ม่านตาขยายและหลอดลมขยายตัว นอร์อีฟิเนฟริน (Norepnephrine) ทำให้เกิดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นช้าลง

ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายจะมีทัศนคติเชิงลบกับการตาย กลัวต่อการตาย จิตใจไม่พร้อมต่อการรับทราบความจริงว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจทำให้เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต (Depaola et al., 2003; Fortner & Neimeyer,1999) สถานการณ์การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง ผู้ป่วยรู้สึกหมดหนทาง กลัวถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้ระบบประสาทและร่างกายตื่นตัว ระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) จะ

ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) ดังนั้นงานวิจัยว่าจึงเชื่อว่าความวิตกกังวลต่อการตายสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

6. ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมืดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2544) ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลาย ดังนี้

Beck (1976) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้ามี 3 ระดับ ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าปกติ เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบจิตใจ ได้แก่ ไม่สมหวัง สิ้นหวัง ไม่มีความสุข ทำให้รู้สึกหดหู่และซึมเศร้า อาจเป็นช่วงเวลาหนึ่ง หายไปได้เอง ไม่ต้องรักษา 2) ภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงในทางจิตสรีระ (Psychopathological dimention) โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต้องได้รับการบำบัดและได้รับคำปรึกษาจึงจะกลับเป็นปกติได้ 3) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคทางจิตเวช คือโรคซึมเศร้า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีระ ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม

การศึกษาของ โสพพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ (2556) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 20-30 ซึ่งมากกว่าภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจวายพบร้อยละ 16 และในผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดโคโรนารีที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพบร้อยละ 14

Burns (2004) พบว่าขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยอาจจะพบสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องหยุดฟอกเลือดเป็นพัก ๆ ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผน ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา เมื่อเกิดร่างกายภาวะเครียดในระยะยาวนาน จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยถึงร้อยละ 17.6 (สุภิศา ปลูกรักษ์, 2561) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.5 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 16.2 (รัศมี บัณฑสิทธิ์รัตน์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

สรุปภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสีย ความรู้สึกผิดหวัง ทำให้แสดงอาการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ เช่น หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง ทางด้านความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือคิดว่าตนเองไม่ดี มีความคิดฆ่าตัวตาย และแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เซื่องซึม ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีพฤติกรรมแยกตัว มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของร่างกาย ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย การเกิดโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้ลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพามากขึ้น รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานของสมอง ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เป็น Biogenic amines ได้แก่ Norepinephrine, Serotonin, Dopamine, 5-hydroxy indoleacetic acid ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน และปัจจัยทางด้านจิตสังคม การขัดแย้งทางความคิด การถูกเลี้ยงดูที่ไม่ดีมาในวัยเด็ก การเสียคุณค่าในตนเอง การคิดลบ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การเกษียณอายุ การสูญเสียทรัพย์สิน การขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว หรือเป็นบุคคลที่มีความพร่องในการสร้างสัมพันธภาพและการปรับตัว ขาดการสนับสนุนทางสังคม เหล่านี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2544) ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตลดลง ไม่สามารถสร้างพฤติกรรมใด ๆ เพื่อเป็นการเตรียมตัวเผชิญความตายของตนเองได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

7. การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้ว่าได้รับความรัก การดูแล การเอาใจใส่ ยอมรับและเห็นคุณค่า รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นหนึ่งของความผูกพันซึ่งมีผลต่อสุขภาพ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer et al. (1981) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ มีกำลังใจ ใช้จัดการความเครียดของตนเอง และทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสารและบริการ (Informational support) และ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ (tangible support) การสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการสนับสนุนส่วนใหญ่ได้มาจากบุคคลในครอบครัว (Thanakwang, 2008) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง พบว่าระดับมีความต้องการแรงสนับสนุนจากสังคมในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มักเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านสังคม ด้านอารมณ์ ต้องการการยอมรับและเห็นคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการสนับสนุนด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของและบริการ (กุสุมาวดี อุปสาร และคณะ, 2559) การศึกษาของ จันทนา หล่อตระกูล และคณะ (2561) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ศึกษาในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายในผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนที่มากที่สุดเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก เอาใจใส่ ได้รับกำลังใจเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหา ได้รับการเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย และได้รับความมั่นใจว่าเมื่อป่วยหนักจะได้รับการช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระชาย อภินนโท (2562) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ จึงมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

8. ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ เป็นความศรัทธา ความเลื่อมใสในหลักธรรมคำสอนทางศาสนา คนทั่วไปในสังคมมองว่าผู้สูงอายุมักมีความสนใจศาสนามาก เนื่องจากอยู่ใกล้กับความตาย และกังวลกับชีวิตในภายหน้า ตามธรรมชาติเมื่อบุคคลเติบโตขึ้นเข้าสู่วัยสูงอายุ การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีวุฒิภาวะและปัญญา ในการดำรงชีวิต พอใจและเข้าใจในชีวิตตนเอง รวมถึงเข้าใจชีวิตผู้อื่น ยอมรับความเสื่อมของร่างกายและการเจ็บป่วย ตระหนักรู้ว่าทุกสิ่งบนโลกย่อมพึ่งพากัน ความเข้าใจดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ (ฉัตรวารินทร์ บุญเดช และคณะ, 2560) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ผ่านการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังมาเป็นระยะเวลายาวนาน ผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตหลายครั้ง การใช้หลักธรรม คำสอน ความเชื่อในแต่ละศาสนามาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต ความศรัทธาความเลื่อมใส ในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนาในมุมมองของความตายและชีวิตหลังความตายว่าสรรพสิ่งทั้งปวง รวมทั้งชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติหรือกฎของไตรลักษณ์ (อนิจจตา

ทุกขตา และอนัตตา) และยังเชื่อในการเวียนว่ายตายเกิด เชื่อเรื่องนรก สวรรค์ กรรมและการให้อภัย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมนีพบว่า ความเคร่งศาสนาเป็นปัจจัยทำนายความต้องการที่จะเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา เนื่องจาก ช่วยทำให้จิตใจสงบ มีความพร้อมที่จะเข้าระยะสุดท้ายในชีวิต (Pinquart & Sorensen, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ศึกษาในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุพบว่าความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไทยพุทธส่วนใหญ่ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งให้เกิดความสงบทางใจ และช่วยเยียวยาอาการเจ็บป่วยทางกาย เชื่อในกฎของธรรมชาติ มีเกิดและมีดับสูญเป็นเรื่องธรรมดา จะสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ไม่ผลักไส หวาดกลัวการตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2560) ดังนั้นงานวิจัยจึงเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายมากน่าจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อทางศาสนาน้อยกว่า

9. ทัศนคติต่อความตาย เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก การแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ สิ่งใด สิ่งหนึ่ง สามารถสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในอดีต และปัจจุบันของบุคคล สามารถวัดและเปลี่ยนแปลงได้ ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อความตายที่ดี จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญต่อความตายที่ดี มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่แสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุขในระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่าทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตายมีความสนใจที่จะแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในวาระสุดท้ายมากขึ้น (ธนิดา อินทะจักร์ และคณะ, 2561) การรับรู้เกี่ยวกับความตายแตกต่างกันตามวุฒิภาวะ ประสบการณ์ ความสามารถในการคิด การให้เหตุผลของแต่ละวัย ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุการรับรู้ต่อการตายอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา และขึ้นอยู่กับเหตุการณ์การตายว่าเป็นไปอย่างฉับพลันหรือเป็นไปอย่างช้า ๆ ความกลัวที่เกิดขึ้นอาจไม่ใช่การกลัวตายโดยตรง แต่อาจกลัวกระบวนการตายหรือภาวะใกล้ตายที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวด ความพิการ การถูกตัดขาด หรือพลัดพรากจากบุคคล ครอบครัวหรือสังคมภายนอก กลัวการไม่อาจควบคุมสถานการณ์ได้ หรือแม้แต่การควบคุมร่างกายและจิตใจตนเอง วัยสูงอายุมักจะมีความพร้อมสำหรับเวลาที่จะมาถึง ถึงแม้ว่าจะไม่รู้สึกเป็นสุขนักที่จะต้องตายแต่ส่วนใหญ่ยอมรับได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560) ดังนั้นทัศนคติต่อความตายมีจึงความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเผชิญความตายในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Corr et al. (2009) สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับการเตรียมตัวเพื่อเพื่อการตายเช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาขาดให้หายได้ โดยการเตรียมตัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จะส่งผลระยะยาวกับผู้สูงอายุให้เข้าสู่ระยะของการตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์คือเกิดการตายดี มีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเพื่อการตาย 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย

อนึ่ง บริบทการบริการตรวจรักษาโรคไตของจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นไปตามมาตรฐาน Service plan สาขาไต ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีค่าการทำงานของไต (eGFR) มากกว่า 45 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ที่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ ได้รับการดูแลรักษาที่คลินิกโรคไตวาย ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ทีมผู้ดูแลจะเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด ทำการตรวจติดตามอาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ครอบคลุมในทุกสาขาวิชาชีพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการตรวจร่างกายโดยแพทย์และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก ๆ 3 เดือน ร่วมกับทีมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านปฏิบัติตัว การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และอื่น ๆ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีค่าการทำงานของไต (eGFR) < 45 มล./นาที/1.73 ตร.ม. จะถูกส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบอายุรแพทย์โรคไตที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด เพื่อการชะลอไตเสื่อม ตรวจรักษา ติดตามการทำงานของไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเตรียมตัวเพื่อเลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม โดยมีรูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับบริการครั้งแรกจะได้รับการลงทะเบียน (Computer-based CKD registry system) โดยผ่านการเตรียมความพร้อมของการส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ Ultrasound KUB มาก่อนจากคลินิกอายุรกรรม หรือจากโรงพยาบาลชุมชน

2. ก่อนหน้าให้บริการ 1 วัน ทีมงานจะตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งคำนวณค่าต่าง ๆ เช่น eGFR CKD-EPI, nPNA, 24 hours urine sodium รวมทั้งประเมินปัญหาของผู้ป่วยไว้ก่อนล่วงหน้า

3. ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและญาติตามหัวข้อต่าง ๆ ตามแนวทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

4. เภสัชกรตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วย นับเม็ดยาที่เหลืออยู่ ตรวจสอบการใช้ยาว่าเป็นไปตามแผนการรักษาหรือไม่

5. พยาบาลให้ข้อมูลรายบุคคลในเชิงลึกเรื่องค่าการทำงานของไตที่เปลี่ยนแปลง ระยะของโรคไตในการตรวจครั้งนั้น พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัว

6. ในรายที่ eGFR < 20 มล./นาที/1.73 ตร.ม. พยาบาลจะให้ข้อมูลเรื่องการบำบัดทดแทนไต สิทธิประโยชน์วางแผนการบำบัดทดแทนไตร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

7. ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต มักจะต้องพบแพทย์และพูดคุยปรึกษาหลายครั้ง ในผู้ป่วยที่และญาติที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง โดยไม่บำบัดทดแทนไต จะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด เพราะมีโอกาสการเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้

พบว่าการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดไม่สามารถบำบัดทดแทนไตได้ ในกลุ่มที่เลือกรับการบำบัดทดแทนไตมักไม่ได้กล่าวถึง

ในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 2019) คลินิกไตวายได้ปรับรูปแบบการตรวจรักษาผู้ป่วยไตวายตามแนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรการ DMHTT โดยได้ปรับลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิกลง ดังนี้ ในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว จะได้รับการนัดหมายที่ระยะเวลายาวนานขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับยาต่อเนื่องโดยวิธีการจัดและจ่ายออกไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำยาไปส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถปรึกษาการเจ็บป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือสามารถโทรศัพท์ปรึกษากับเจ้าหน้าที่คลินิคโรคไตได้ คลินิคโรคไตยังคงเปิดให้บริการในผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่อาการยังไม่คงที่ โดยผ่านการคัดกรองโรคโควิด 19 ตามแนวทางกรมควบคุมโรค

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตายกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาพุทธ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 1,060 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาพุทธ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 97 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทราระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สามารถฟังและสื่อสารโต้ตอบกับผู้วิจัยได้
2. มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล วัน เวลา สถานที่ปกติ โดยใช้แบบทดสอบความบกพร่องทางสมอง Six Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000) โดยมีคะแนนระหว่าง 0-7 ถือว่าไม่มีความผิดปกติของการรับรู้
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage of Renal Disease) หรือระยะที่ 5
4. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือรุนแรงต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ เช่น เวียนศรีษะ หอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ
5. อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลที่บ้านได้

6. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แล้วอย่างน้อย 2 เข็ม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) คำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบทางเดียว (One tail) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (α = .05) และกำหนดค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.25 เนื่องมาจากผลการศึกษาของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายในผู้สูงอายุ (r = -.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 คน (ภาคผนวก)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 97 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายของคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพุทธโสธร

2. ผู้วิจัยนำรายชื่อของทุกหน่วยตัวอย่างมาทำหมายเลข นำมาคลุกเคล้าในกล่อง จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Sample ramdom sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) ให้ได้จำนวนเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 97 คน

3. ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างใหม่ ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน และศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ

4. เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ไม่ต้องมาพบอายุรแพทย์โรคไตที่โรงพยาบาล ทางคลินิกจะจัดยาส่งไปให้ผู้ป่วยตามตำบลที่อยู่ โดยส่งไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง อสม. ประจำหมู่บ้านจะนำยาไปมอบให้ผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือถึงคณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่เก็บข้อมูลจากคลินิคโรคไต รพ.พุทธโสธร เป็นเก็บข้อมูลที่บ้าน

5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบสัมภาษณ์จำนวน

8 ชุด ซึ่งในแต่ละวันมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์วันละ 3-5 ราย โดยทำต่อเนื่อง จนได้ครบจำนวนตามที่กำหนดไว้ คือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติของการรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ (2561) ด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) จากแบบทดสอบของ Brooke and Bullock (1999) เป็นการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้สภาวะรอบตัวจำนวน 3 ข้อ ประเมินการรับรู้เวลา เดือน และปี 2) ความตั้งใจจำนวน 2 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุนับเลขถอยหลังจาก 20 ถึง 0 และให้นับเดือนถอยหลังจากเดือนธันวาคม ถึง มกราคม และ 3) ความจำ โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อ นามสกุล บ้านเลขที่ ถนน และจังหวัด หลังตอบคำถามเรื่องการรับรู้เวลา และเดือน และให้ระลึกความจำ โดยบอกข้อมูล 5 อย่างข้างต้น หลังตอบคำถามเรื่องความตั้งใจเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 3 คะแนน (ข้อคำถามเรื่องเวลาและเดือน) ตอบผิด 4 คะแนน (ข้อคำถามเรื่องปี)

ด้านความตั้งใจ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิดมากกว่า 1 ครั้ง 4 คะแนน

ด้านความจำ ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด 2 ครั้ง 4 คะแนน ตอบผิด 3 ครั้ง 6 คะแนน ตอบผิด 4 ครั้ง 8 คะแนน ตอบผิดทั้งหมด 10 คะแนน

Brooke and Bullock (1999) ทดสอบความตรงของเครื่องมือด้วยการนำไปประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ จำนวน 287 ราย เปรียบเทียบกับแบบทดสอบ MMSE แบบประเมิน 6 CIT มีความตรงตามสภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบ (r = -.91) กับแบบทดสอบ MMSE โดยมีค่าความไวเท่ากับ 78.57% และมีค่าความจำเพาะในการคัดกรองสมองเสื่อมเท่ากับ 100% ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ (2561) ได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Brooke & Bullock, 1999) ดังนี้ คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ คะแนน 8-9 หมายถึงมีความผิดปกติทางการรับรู้เล็กน้อย คะแนน 10-28 หมายถึงมีความผิดปกติทางการรับรู้มาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 8 ชุด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต และประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Ferraro (1980), Melanson and Bowne-Wamboldt (1987) และ Mossey and Shapiro (1982) เป็นแบบวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกทั่วไปว่า อยู่ในระดับดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ (2555) ได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) โดยการสัมภาษณ์ห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธุ์ของสเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้เท่ากับ .94

คำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากน้อยไปมากมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สุขภาพไม่ดี	ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
สุขภาพดีพอใช้	ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
สุขภาพดี	ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
สุขภาพดีมาก	ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย (The Arabic scale of death anxiety) ที่สร้างโดย Abdel-Khalex (2004) ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงแบบสัมภาษณ์นี้จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) ตามวิธีของ (Sperber et al., 1994 cited in Sperber, 2004) ดังนี้

1. ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แปลข้อความในแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย (The Arabic scale of death anxiety) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2. ทำการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้ที่มีความสามารถใช้ทั้ง 2 ภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual person)

3. เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาอังกฤษต้นฉบับ (Original English version) กับชุดภาษาอังกฤษที่ทำการแปลย้อนกลับ (Back-translate English version) โดยเปรียบเทียบความใกล้เคียงของการใช้ภาษา (Comparability of language) และความใกล้เคียงของการตีความ (Similarity of interpretability) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษจำนวน 5 ท่าน ให้คะแนนเป็นรายข้อความ ตามระดับคะแนนตั้งแต่ 1 (มีความใกล้เคียงของการใช้ภาษา/การตีความมากที่สุด) ถึง 7 (ไม่มีความใกล้เคียงของการใช้ภาษา/การตีความเลย) ทั้งนี้ ความใกล้เคียงของการใช้ภาษาหมายถึง คำ วลี และประโยคของข้อความที่แปลมีความคล้ายคลึงกับข้อความต้นฉบับ ส่วนความใกล้เคียงของการตีความหมายถึง ข้อความที่แปลกับข้อความต้นฉบับ สามารถทำให้ผู้อ่านเข้าใจไปในทางเดียวกัน แม้ว่าการใช้ถ้อยคำอาจไม่เหมือนกันก็ตาม แล้วนำคะแนนแต่ละข้อที่ได้มาคำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยเกณฑ์สำหรับข้อความที่เหมาะสมจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-3.00 ส่วนข้อที่ได้คะแนนมากกกว่า 3.00 คำถามนั้นจะนำมาพิจารณาใหม่อีกครั้งในการปรับปรุงภาษาและประเมินซ้ำ จนได้ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004)

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้สึก พฤติกรรม และความเห็นเกี่ยวกับความตาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ จากน้อยไปมาก (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนสูงแสดงถึงความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง โดย Abdel-Khalex (2004) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในนักศึกษาระดับปริญญาตรี อายุ 17-33 ปี ในประเทศอาหรับ 3 ประเทศ จำนวน 1,636 คน ได้แก่ อียิปต์ จำนวน 418 คน คูเวต จำนวน 509 คนและซีเรีย จำนวน 709 คน ค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ระหว่าง .88 ถึง .93 ความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง .74 ถึง .90 ในผู้สูงอายุ Rababa et al. (2020) ได้นำมาศึกษาระดับความวิตกกังวลต่อการตายในผู้สูงอายุ จำนวน 248 คน ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ได้ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .78

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยไปมากมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกันได้คะแนนรวมทั้งสิ้น 20-100 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

คะแนน 20-46 หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 47-73 หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 74-100 หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS 15]) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening -15) ของ Sheikh and Yesavage (1986) แบบวัดความเศร้าประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การให้คะแนนคือ 0 หรือ 1 คะแนน การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 และ 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 11 และ 13 จากนั้นรวมคะแนน Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ได้นำไปใช้ในผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 130 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 - 5 หมายถึง ปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 6 - 10 หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 11 - 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือด้านอารมณ์ ข้อ 1-5 ด้านวัตถุสิ่งของและบริการ ข้อ 6-10 และด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อ 11-15 โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.91 ได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุไทย จำนวน 236 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81

คำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากน้อยไปมาก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่ได้รับการสนับสนุน มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนน้อย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนมาก มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยรวม นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกัน ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยคะแนนคือ ค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด หารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

คะแนน 15-29 คะแนน หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 30-44 คะแนน หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 45-60 คะแนน หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายด้าน กระทำโดยนำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกัน คะแนนอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

คะแนน 5-10 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านในระดับน้อย

คะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านในระดับปานกลาง

คะแนน 16-20 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของพระไพศาล วิสาโล (2556) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ .88 และได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุจำนวน 236 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จากน้อยไปมาก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีความเชื่อทางศาสนาน้อย มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
มีความเชื่อทางศาสนามาก มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกัน ได้คะแนนอยู่ในช่วง 13-39 คะแนนแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติหาพิสัยคะแนนคือค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุดหารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปรผลตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 13-21 หมายถึง มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 22-30 หมายถึง มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 31-39 หมายถึง มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบวัดทัศนคติต่อความตาย ผู้วิจัยใช้แบบวัดทัศนคติต่อความตายของ ดุษฎี กฤษฎี (2551) ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารตำรา การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .98

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

การแปลผลคะแนนโดยรวม นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกัน ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยคะแนนคือค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด หารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การแบ่งทัศนคติต่อความตาย แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน ได้แก่

คะแนน	18-42	หมายถึง	ทัศนคติต่อความตายระดับต่ำ
คะแนน	43-66	หมายถึง	ทัศนคติต่อความตายระดับปานกลาง
คะแนน	67-90	หมายถึง	ทัศนคติต่อความตายขนาดสูง

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ที่พัฒนามาจากแนวความคิดของ คอร์ (Corr, 1992 cited in Corr et al., 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 6 ข้อ ด้านจิตใจ 7 ข้อ ด้านจิตวิญญาณ 9 ข้อ และด้านสังคม 7 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ .98 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .76

คำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ได้แก่ ทำ ไม่ได้ทำ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ทำ มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

ทำ มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์มารวมกัน ได้คะแนนอยู่ในช่วง 29-58 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วง โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยคะแนน คือค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุด หารด้วย 3 (กานดา บุญลาภทวี, 2539) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

คะแนน 29-38 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 39-48 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 49-58 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย โดยการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสม สำหรับแบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและสร้างขึ้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาเป็นอย่างดีแล้ว และได้ผ่านการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) ตามวิธีของ Speber (2004) ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการใช้ภาษา เท่ากับ 1.92

คะแนนเฉลี่ยความใกล้เคียงของการตีความ เท่ากับ 1.49

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายข้อ ความใกล้เคียงของการใช้ภาษาและความใกล้เคียงของการตีความพบว่าทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Sperber, 2004)

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยดำเนินการ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคไตวาย โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .729, .731, .907, .838 และ .757 ตามลำดับ

1.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test and Retest Model) ห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ .771

1.3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตร KR-20 ของ Kuder Richardson ได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87

การเตรียมผู้ประสานงานวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมผู้ประสานงานวิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แห่งละ 1 คน จำนวน 20 แห่ง ซึ่งมีหน้าที่ ดังนี้

1. ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลวิจัยที่บ้านผู้สูงอายุ
2. เมื่อผู้สูงอายุอนุญาตแล้วจึงนัดหมายวันที่ เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นำทางผู้วิจัยไปยังบ้านผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ประสานงานวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IRB3-106/2564 วันที่รับรอง 6 ตุลาคม พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะพาผู้วิจัยไปแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนดได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาใด ๆ
3. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในขณะสัมภาษณ์หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่มีความพร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก พูดคุยประคับประคองจิตใจและอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งผู้สูงอายุพร้อมที่จะให้คำตอบ โดยผู้สูงอายุสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หากผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการกำเริบจะยุติการสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจประเมินซ้ำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที ซึ่งในช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวมรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม -31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2564 รหัสการรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่ BSH-IRB 004/2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกผู้รับผิดชอบคลินิคโรคไตวาย ของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูลและขอใช้ทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะชิงเทราเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้
4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแนะนำโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ อสม. 1 ท่านเป็นผู้ประสานงานวิจัย

4.2 ผู้ประสานงานวิจัยเป็นผู้แจ้งให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทราบถึงโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่บ้านผู้สูงอายุ

4.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ประสานงานวิจัยจึงนัดหมายวันที่ เวลาในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ประสานงานวิจัยเป็นผู้พาผู้วิจัยไปยังบ้านผู้สูงอายุตามวันและเวลาที่นัดหมาย

4.4 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้สูงอายุ ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงอธิบายสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์

4.5 เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.6 ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (6CIT) พบว่ามีความผิดปกติของการรับรู้ คือได้คะแนนจากการทดสอบมากกว่า 7 ขึ้นไป ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลต่อไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแต่ละส่วน จำนวน 8 ชุด ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณคนละ 45-60 นาที

4.7 ในการสัมภาษณ์ ใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 ตามมาตรการ DMHTT ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างเคร่งครัด ดังนี้

4.7.1 การเว้นระยะห่าง (Distancing) ผู้วิจัยและผู้สูงอายุนั่งห่างกันประมาณ 1 เมตร

4.7.2 สวมหน้ากากตลอดเวลาทั้งผู้วิจัยและผู้สูงอายุ (Mask Wearing)

4.7.3 ล้างมือบ่อย ๆ (Hand Washing) ทั้งก่อนและหลังการสัมภาษณ์ หยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจล

4.7.4 วัดอุณหภูมิ (Testing) ก่อนสัมภาษณ์ทั้งผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส งดการสัมภาษณ์

4.7.5 บันทึกวันที่และเวลาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในแต่ละคนอย่างชัดเจน ถูกต้อง ในกรณีที่ไม่สามารถบันทึกในแอพลิเคชั่นไทยชนะได้ (Thai Cha Na)

5. พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 1 คน ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ และประสานงานกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจและประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

6. เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล รวบรวมคะแนน แจ้งผลการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณและลากลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรศึกษา ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3. พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและลักษณะพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้แก่ การทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยวิธี Histogram, Stem and leaf plot, Box plot, Kolmogorov Smirnov test, Fisher's skewness coefficient และ Scatter plot พบว่า แล้วพบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาความสัมพันธ์ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) ระหว่างประเภทของการบำบัดทดแทนไตกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และใช้สถิติหาความสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ (Spearman's rank correlation coefficient) ระหว่าง อายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อความตาย กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กำหนดระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือค่า r (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้

$r = \pm 1$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = .30$ -.70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย ประกอบด้วย อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย ของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทของการบำบัดทดแทนไต ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย และการรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรศึกษา ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตาย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และลักษณะพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำแนกรายข้อ

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตายกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทของการบำบัดทดแทนไต ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย และการรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 97)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 97)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	48.45
หญิง	50	51.55
อายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	41	42.27
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	38	39.17
ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	18	18.56
$\overline{X}$= 71.63, SD = 7.34		
สถานภาพสมรส		
โสด	9	9.28
คู่	57	58.76
หม้าย	27	27.84
หย่าหรือแยกกันอยู่	4	4.12
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	44	45.36
ครอบครัวขยาย	53	54.64
ประเภทของการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับ		
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	44	45.36
การล้างไตทางช่องท้อง	10	10.31
การดูแลแบบประคับประคอง	43	44.33
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย		
ไม่มี	90	92.78
มี 1 ครั้ง	7	7.22

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 97)	ร้อยละ
เคยรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตาย		
ไม่เคย	81	83.50
เคย	16	16.50
รายการโทรทัศน์	7	43.75
พระเทศนา	2	12.50
อสม.	2	12.50
แพทย์ที่รักษา	5	31.25

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.55) และเพศชาย (ร้อยละ 48.45) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 42.27) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)(ร้อยละ 39.17) อายุเฉลี่ย 71.63 ปี (*SD* = 7.34) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.76) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 27.845) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.64) ครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 45.26) ประเภทของการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับมากที่สุดคือการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (ร้อยละ 45.36) และการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 44.33) การล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 10.31) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (ร้อยละ 92.78) และไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตาย (ร้อยละ 83.50)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมความเชื่อทางศาสนา ทัศนคติต่อความตาย (n = 97)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย		
ไม่มี	84	86.60
มี 1 ครั้ง	13	13.40
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ		
การรับรู้สุขภาพไม่ดี	9	9.28
การรับรู้สุขภาพพอใช้	46	47.42
การรับรู้สุขภาพดี	40	41.24
การรับรู้สุขภาพดีมาก	2	2.06
ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย		
ระดับต่ำ	65	67.01
ระดับปานกลาง	31	31.96
ระดับสูง	1	1.03
ระดับภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	21	21.65
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	75	77.32
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	1	1.03
ระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม		
ระดับน้อย	4	4.12
ระดับปานกลาง	74	76.29
ระดับสูง	19	19.59

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการสนับสนุนทางสนับสนุน		
ด้านอารมณ์		
ระดับปานกลาง	14	14.43
ระดับสูง	83	85.57
ระดับการสนับสนุนทางสังคม		
ด้านวัตถุสิ่งของและบริการ		
ระดับปานกลาง	48	49.48
ระดับสูง	49	50.52
ระดับการสนับสนุนทางสังคม		
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
ระดับน้อย	28	28.87
ระดับปานกลาง	69	71.13
ระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย		
ระดับปานกลาง	5	5.15
ระดับสูง	92	94.85
ทัศนคติต่อความตาย		
ระดับปานกลาง	28	28.87
ระดับสูง	69	71.13

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย (ร้อยละ 86.60) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 47.42) การรับรู้สุขภาพดี (ร้อยละ 41.24) มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.01) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 77.32) มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.29) โดยระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.57) ด้านวัตถุสิ่งของและบริการอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.52) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 49.48) ด้านข้อมูลข่าวสารพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.13) มีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.85) และมีทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.13)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (n = 97)

ระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยรวม ($\bar{X}$ = 52.30, SD = 4.77)		
ระดับปานกลาง	20	20.62
ระดับสูง	77	79.38
พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย		
ด้านร่างกาย		
ระดับต่ำ	15	15.46
ระดับกลาง	15	15.46
ระดับสูง	67	69.08
พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย		
ด้านจิตใจ		
ระดับกลาง	26	26.80
ระดับสูง	71	73.20
พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย		
ด้านจิตวิญญาณ		
ระดับต่ำ	2	2.06
ระดับปานกลาง	19	19.59
ระดับสูง	76	78.35

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย		
ด้านสังคม		
ระดับต่ำ	11	11.34
ระดับปานกลาง	44	45.36
ระดับสูง	42	43.30

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79.38) ระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.08 ร้อยละ 73.20 และร้อยละ 78.35) ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.36) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 43.30)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกรายข้อ (คะแนนเฉลี่ยเต็ม = 2)

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ยอมรับได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต	2.00	.000
คาดหวังไว้ว่าจะตายอย่างสงบหรือไม่ทุกข์ทรมาน	2.00	.000
พร้อมที่จะรับทราบความจริงจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยหนัก	1.95	.222
.	.	.
.	.	.
.	.	.
ทำพินัยกรรมด้านทรัพย์สิน เงินทองไว้แล้ว	1.49	.503
ใช้เวลาสร้างคุณค่าและทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น	1.42	.497
เตรียมเอกสารที่สำคัญไว้เพื่อสามารถค้นหาได้ง่าย	1.41	.495

จากตารางที่ 4 พบว่าพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำใจยอมรับได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต และคาดหวังว่าจะตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ($\overline{X}$ = 2.00, *SD* =.000) รองลงมาคือ ความพร้อมที่จะรับทราบความจริงจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต ($\overline{X}$ = 1.95, *SD* =.222) ส่วนพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่น้อยที่สุด 3 ลำดับท้าย ได้แก่ ท่านได้เตรียมเอกสารที่สำคัญต่าง ๆ ของท่านเพื่อให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจสามารถค้นหาได้ง่าย เช่น สมุดบัญชีธนาคาร กรมธรรม์ประกันชีวิต และโฉนดที่ดิน เป็นต้น ($\overline{X}$ = 1.41, *SD* =.495) การใช้เวลาในแต่ละวันด้วยการสร้างคุณค่าและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ($\overline{X}$ = 1.42, *SD* =.497) และ ท่านทำพินัยกรรมด้านทรัพย์สิน เงินทองของท่านไว้เรียบร้อยแล้ว ($\overline{X}$ = 1.49, *SD* =.503)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา ทัศนคติต่อความตาย กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตัวแปร อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา ทัศนคติต่อความตาย เป็นตัวแปรมีค่าต่อเนื่อง โดยมีค่าในมาตรวัดช่วงมาตรา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสเปียร์แมนแรงส์ ออเดอร์ (Sperman's Rank Correlation Coefficient) ประเภทของการบำบัดทดแทนไต เป็นตัวแปรที่มีค่าในมาตรวัดนามมาตรา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตัวแปร	*r*	*p*-Value
การสนับสนุนทางสังคม	.568***(r_s)	<.001
ทัศนคติต่อความตาย	.331**(r_s)	.01
ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย	.260**(r_s)	.01
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	-.185*(r_s)	.05

ตารางที่ 5(ต่อ)

ตัวแปร	*r*	*p*-Value
อายุ	.169*(r_s)	.05
ภาวะซึมเศร้า	.052(r_s)	.308
ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย	.117(r_s)	.126
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.012(r_s)	.452
ประเภทของการบำบัดทดแทนไต	-.140(r_{pb})	.086

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงส์ ออเดอร์

r_{pb} ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (r = .568, p < .001; r = .331, p < .01 ตามลำดับ) ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายและอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .260, p < .01; r = .169, p < .05 ตามลำดับ) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำ (r = -.185, p < .05) ส่วนภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และประเภทของการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .052; r = .117; r = .012 และ r = -.140, p > .05) ตามลำดับ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุไทยพุทธที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 97 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคล ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ เท่ากับ .771, .907, .87, .907, .729, .731 และ .757 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติการแจกแจงของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.55) อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 42.27) และวัยผู้สูงอายุตอนกลาง (70 ถึง 79 ปี) (ร้อยละ 39.17) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.76) เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.64) ประเภทของการบำบัดทดแทนไตใกล้เคียงกันระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ร้อยละ 45.63) และการดูแล

แบบประคับประคอง (ร้อยละ 44.33) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (ร้อยละ 92.78) และไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตาย (ร้อยละ 83.50)

2. ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด 97 คน มีระดับคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79.38) มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเตรียมตัวตายโดยรวมเท่ากับ 52.30 (SD = 4.77)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนา และอายุ (r = .568, p < .001; r = .331, p < .01; r =.260, p < .01 และ r = .169, p < .05 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย (r = -.185, p < .05) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และประเภทของการบำบัดทดแทนไต (r = .117, p = .126; r = .012, p = .452; r = .052, p = .308 และ r = -.140, p = .086) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ระดับของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ79.38) มีระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเตรียมตัวตายโดยรวมเท่ากับ 52.30 (SD = 4.77) ซึ่งสูงกว่าระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี (สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) ที่อยู่ในระดับสูงเพียง ร้อยละ 55.90 และสูงกว่าการศึกษาการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวร้อยละ 58.47 (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2545) สามารถอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีอาการเจ็บป่วยอาจมีภาวะโลหิตจาง ภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรดหรือภาวะของยูเรียคั่งในกระแสเลือด เสี่ยงต่อ

การเสียชีวิต จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยและฟอกเลือดตามเวลา จึงเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ คำแนะนำและมีการเตรียมพร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจากแพทย์และพยาบาลบ่อยครั้ง จึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) Jablonski (2004) ศึกษาวิถีการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทรุดลง จะมีอาการเจ็บป่วยแย่ลงหรือดีขึ้นสลับกันเป็นช่วง ๆ จนถึงระยะสุดท้าย เมื่ออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง ร่างกายผู้ป่วยจะทรุดลงจนเสียชีวิตในที่สุด ความเข้าใจในรูปแบบการเจ็บป่วยนี้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกด้านไว้ล่วงหน้า เป็นไปตามแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการตายของ Corr et.al. (2009) ซึ่งกำหนดรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการตายที่เป็นพื้นฐานที่พึงกระทำ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่การเตรียมตัวเพื่อการตายด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณและด้านสังคม

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านร่างกายจากผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.08) จากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 42.27) และวัยผู้สูงอายุตอนกลาง อายะระหว่าง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 39.17) อายุเฉลี่ย 71.63 (*SD* = 7.34) ยิ่งอายุมากขึ้น ประสบการณ์พบเห็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมีมากขึ้น มีการมองโลกอย่างเข้าใจ เกิดการยอมรับความจริงของชีวิต จึงยอมรับการตายและมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี (Chan et al., 2007; Tornstam & Tornqvist, 2000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.76) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย อยู่ลำพัง เนื่องจากได้รับกำลังใจจากคู่สมรสที่ถือเป็นคู่ทุกข์ คู่ยาก คอยช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน (สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์, 2544) ร่วมกับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่เคยพบเห็น หรือประสบการณ์ตรงของร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยของตนเอง มีอาการเจ็บป่วยจากการเสื่อมประสิทธิภาพของไต อัตราการกรองของไตลดลงจนถึงจุดที่ร่างกายไม่สามารถปรับได้ เกิดอาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาอย่างยาวนาน ต้องเข้าโรงพยาบาลรับการรักษาตัวอยู่เป็นระยะ ๆ บางรายมีอาการของโรครุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน ต้องประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิตตนเอง ผู้สูงอายุจึงเกิดการเรียนรู้ในการมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของตนเอง (วณิชา พึ่งชมภู, 2558) ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.42) และระดับดี (ร้อยละ 41.24) มีความเข้าใจในกระบวนการดำเนินโรคและกระบวนการรักษาโรคของตน จากการที่ได้รับการรักษาพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน การบำบัดทดแทนไตเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตอยู่ได้ยืนยาวขึ้น จากผลการศึกษานี้พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 55.67) ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้ จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเตรียมตัวเพื่อการตายของตนเองที่จะเกิดขึ้นได้อย่างดี (Murtagh et. al., 2007) พฤติกรรมด้านเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านร่างกายสูงสุดได้แก่ การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับวิธีการรักษาเมื่อมีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต ($\overline{X}$ = 1.94, *SD* = .242) การเลือกสถานที่พักรักษาตัวสำหรับเวลาที่มีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต ($\overline{X}$ = 1.85, *SD* = .363) และ เลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์ไว้แล้ว ถ้ามีอาการป่วยหนัก ในวาระสุดท้ายของชีวิต ($\overline{X}$ = 1.82, *SD* = .382) ตามลำดับ

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.20 และ ร้อยละ 78.35) ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการตายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 67.01) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้ว การทำงานของไตก็ลดลงจนถึงระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จากประสบการณ์ที่ได้รับมาตลอดในช่วงระยะเวลาของการรักษาโรค สามารถเข้าใจได้ว่าการบำบัดทดแทนไตเป็นเพียงวิธีการรักษาเพื่อทดแทนการทำหน้าที่ของไตเท่านั้น ไม่สามารถทำให้ไตกลับมาฟื้นคืนทำงานได้ด้วยตนเองเหมือนปกติ ร่วมกับอยู่ในวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเข้าใจและรับรู้ธรรมชาติของการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างดี ผู้สูงอายุทุกคนรับรู้ว่าเวลาที่เหลืออยู่มีไม่มากนัก (Chan et.al., 2007) ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไทยพุทธ ที่มีความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.85) มีทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.13) มีความเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือการมีเกิดขึ้น ดำรงอยู่และดับไป การทำความดี ทำบุญ ทำกุศล การระลึกถึงความตายสม่ำเสมอ ช่วยให้คุ้นชินกับความตาย ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านจิตใจสูงสุด ได้แก่ การทำใจยอมรับได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ($\overline{X}$ = 2.00, *SD* = .000) จิตใจพร้อมที่จะยอมรับความจริงจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต ($\overline{X}$ = 1.95, *SD* = .222) และจิตใจพร้อมที่จะรับทราบความจริงจากแพทย์ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจทำให้ต้องเสียชีวิต ($\overline{X}$ = 1.94, *SD* = .242) ตามลำดับ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านจิตวิญญาณสูงสุด ได้แก่ ความคาดหวังที่จะตายอย่างสงบหรือไม่ทุกข์ทรมาน ($\overline{X}$ = 2.00, *SD* =.000) มีการคิดทบทวนถึงคุณงามความดีที่ได้กระทำมาในชีวิต ($\overline{X}$ = 1.92, *SD* = .353) และมีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีกำลังใจและไม่ท้อแท้ ($\overline{X}$ = 1.91, *SD* =.292) ตามลำดับ

พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายด้านสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.29) ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.57) ด้านวัตถุ สิ่งของ และบริการ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.52) และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.13) อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.64) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.76) บุคคลที่ผู้สูงอายุสนิทสนม ไว้วางใจ รักใคร่มากที่สุดคือบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องมีการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาครอบครัว พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยเป็นไปตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทุกด้าน ที่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ มีญาติพี่น้อง บุตรหลาน สนับสนุน ได้รับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายที่ดี (พระชาย อภินนฺโท , 2562) พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้านสังคมสูงสุด ได้แก่ ได้แสดงความรักและห่วงใยให้กับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น ($\overline{X}$ = 1.93, *SD* = .260) ได้พึ่งพาช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดในการใช้ชีวิตประจำวัน ($\overline{X}$ = 1.92, *SD* = .227) และได้ปรับความเข้าใจกับผู้ที่เคยขัดแย้ง ($\overline{X}$ = 1.88, *SD* = .331) ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ

2.1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .568, p < .001) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูงด้วย ในทางกลับกันผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็จะลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ ได้กำลังใจ ได้ข้อมูล ข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพระภิกษุ ผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ไม่ยอมแพ้หรือท้อถอย สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556)

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.29) ในแต่ละด้าน พบว่าด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.57) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแล เอาใจใส่ จากบุคคลที่ผู้สูงอายุสนิทสนม ไว้ใจ รักใคร่มากที่สุด คือบุคคลในครอบครัว

บุตร สามีหรือภรรยา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chan and Yau (2010) ที่พบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุมากที่สุด เช่นเดียวกับในผู้สูงอายุไทยที่อยู่ระยะท้ายของชีวิต ต้องการอยู่กับครอบครัว อยู่ใกล้ชิดห้อมล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2560) การที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ เยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย ได้รับกำลังใจจากครอบครัว และมีความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวเมื่อถึงวาระสุดท้าย เป็นการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (Levey at al., 2003) บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2560) ได้อธิบายถึงหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมข้อหนึ่งคือการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล ความรักผูกพันกับครอบครัวเป็นจิตวิญญาณประการหนึ่งของบุคคล การมีบุคคลที่ตนรักผูกพันมาอยู่ใกล้ชิดดูแลในยามที่ชีวิตอยู่ในช่วงวิกฤติใกล้จากไปเป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณและความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และ Steinhauser et al. (2000) ได้กล่าวว่าครอบครัวควรสนับสนุนการเตรียมตัวสำหรับการตาย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลจากความตายที่ใกล้เข้ามาได้และลดความเศร้าโศกของครอบครัวของผู้สูงอายุได้ คุ้มค่ากว่าที่จะมาตัดสินใจเรื่องสำคัญในระยะที่การตายกำลังใกล้เข้ามา

การสนับสนุนทางสังคม ด้านวัตถุ สิ่งของ และบริการ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.52) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.48) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ตรงกับความต้องการย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ ไม่ท้อถอยกับการรักษาสุขภาพ นอกจากการสนับสนุนด้านเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติธรรม สวดมนต์ไหว้พระ จัดหาหนังสือสวดมนต์ เทปธรรมะ พาไปในสถานที่ที่มีความสำคัญทางด้านจิตใจ เช่นการพาไปเยี่ยมญาติ หรือไปพักผ่อนหย่อนใจ เป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุ คำสอนของศาสนาจะช่วยให้จิตใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งสนับสนุนพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุให้สูงขึ้นด้วย (พระชาย อภินนโท, 2562; Corr et al., 1997)

การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.13) สามารถอธิบายได้ว่า ข้อมูลข่าวสารด้านการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องที่สังคมไทย ยังไม่มีการปฏิบัติมากนัก ตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ในครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่พูดกันถึงเรื่องที่เกี่ยวกับความตาย ถือเป็นเรื่องที่เศร้าหมอง จะก่อให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล และความเศร้าให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษา คำแนะนำการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่จะได้รับจากการดูรายการโทรทัศน์ (ร้อยละ 43.75) รองลงมาคือได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจาก

แพทย์ผู้ดูแล (ร้อยละ 31.25) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสียชีวิตได้เร็ว จะได้รับคำแนะนำตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะท้ายของชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (วณิชา พึ่งชมภู, 2557) ผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำถึงการกระทำหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต มีความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการตายดีได้

2.2 ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .331, p = .01) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีทัศนคติต่อความตายความอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูงด้วย ในทางกลับกันผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็จะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุมีรากฐานมาจากความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต และปัจจุบันของตน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางจิตใจ เป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม พฤติกรรมเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ดีขึ้นนั้นจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ (ดุษฎี กฤษฎี, 2561; บุรฉัตร จันทร์แดง และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (มารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2561) และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.13) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าทัศนคติต่อความตายของบุคคลแตกต่างกันตามวุฒิภาวะ ประสบการณ์ ความสามารถในการคิด การให้เหตุผลของแต่ละวัย ในวัยผู้สูงอายุการรับรู้เกี่ยวกับการตายอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ความคิดและความเชื่อผู้สูงอายุจึงมีความพร้อมสำหรับเวลาที่จะมาถึง ถึงแม้ว่าจะรู้สึกไม่เป็นสุขนักที่จะต้องตายแต่ส่วนใหญ่ยอมรับความตายได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2560) Tornstam and Tornqvist (2000) กล่าวถึงวัยสูงอายุส่วนใหญ่มองโลกแบบเข้าใจโลก ยอมรับความเป็นจริงในชีวิตทั้งความเสื่อมของร่างกาย โดยยอมรับได้ว่าร่างกายของคนเรามีความเสื่อมตามกาลเวลา การเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ การเข้าใจชีวิตทั้งเรื่องราวที่สมหวังและผิดหวัง การยอมรับการตายได้โดยสงบ สอดคล้องกับหลักคำสอนของพุทธศาสนา เป็นความจริงที่ว่าสิ่งมีชีวิตบนโลกนี้ไม่เที่ยงแท้ สิ่งใดก็ตามมีเกิดย่อมมีดับเป็นธรรมดา (พระไพศาล วิสาโล, 2556) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อเข้าใจว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ความตายก็จะมาประจักษ์ในไม่ช้า ทัศนคติที่ดีต่อความตายที่เกิดจากการสั่งสมจากการมองโลกอย่างเข้าใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย

เช่น การปฏิบัติทางศาสนา และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เพื่อการบรรเทาทุกข์ทางจิตวิญญาณของตนเอง (นฎา งามเหมาะ, 2557) ทัศนคติต่อความตายที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การคิดว่าความตายเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ชีวิตกับความตายเป็นของคู่กันและความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกต้องประสบ และทัศนคติต่อความตายที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การคิดว่าความตายเป็นสิ่งชั่วร้าย เป็นสภาวะที่ต้องอยู่เดียวดาย และคิดว่าการตายเป็นการจากไปสู่ภพใหม่ ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวความคิดของ Core et al.(2009) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายไว้ว่า บุคคลยอมรับได้ว่าทุกชีวิตเกิดมาต้องตาย จึงตั้งความหวังไว้ว่าตนเองจะพบกับความตายที่ปราศจากความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองเข้าใกล้ความจริงเข้าไปทุกทีแล้ว ความตายสามารถเกิดได้ตลอดเวลา ไม่ควรประมาทกับการดำเนินชีวิต ในผู้สูงอายุไทยพุทธจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ การศึกษาพระธรรมคำสอนของศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต มีทัศนคติต่อความตายว่าเป็นสัจธรรมของชีวิต เป็นการหมดเวรหมดกรรม ทัศนคติที่ดีต่อความตายจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี เป็นการบรรเทาทุกข์ทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (พระไพศาล วิลาโล, 2556; พระชายอภินนโท, 2562; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2557; เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และคณะ, 2559)

2.3 ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .260, p = .01) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายสูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูงด้วย ในทางกลับกันผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายต่ำ พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็จะอยู่ในระดับต่ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าพุทธศาสนาสอนให้พุทธศาสนิกชนใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ผู้ที่มีศรัทธา เลื่อมใสในศาสนาเมื่อเกิดปัญหาชีวิต เกิดการเจ็บป่วยจะใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ และช่วยเยียวยาอาการทางกายได้ (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2561) จึงเกิดพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายโดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องชี้นำ วางแผนการปฏิบัติตามความเชื่อ ตามศรัทธาของแต่ละบุคคล เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ขอให้ตนเองเข้มแข็ง โดยใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (พระไพศาล วิสาโล, 2549; Corr et.al., 2009; Hermann, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556) ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอยู่

ในระดับสูงร้อยละ 94.85 มีการน้อมนำหลักธรรม คำสอนมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต จากการที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตระหนักรู้ถึงช่วงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่มีน้อย มีกังวลกับชีวิตในภายภาคหน้าหรือชีวิตหลังการตายของตน ผู้สูงอายุไทยพุทธจะยึดหลักธรรม คำสอนของพุทธศาสนา ว่าสรรพสิ่งทั้งปวง รวมทั้งชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติคือมีเกิด ดำรงอยู่และดับไป (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552 อ้างถึงใน สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556) พุทธศาสนาสอนว่าการทำดี ทำบุญ เป็นการสร้างกุศลก่อนตาย สามารถทำให้จากไปโดยไม่ทุกข์ทรมาน จิตยอมรับความตายได้โดยสงบ การฝึกระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ความหวาดกลัวต่อการตายน้อยลง ปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ และบุคคลอันเป็นที่รักได้ ในวาระใกล้ตายการเจริญสติ สมาธิภาวนา นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามจะช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2560) ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความเชื่อสูงสุด ได้แก่ ความเชื่อที่ว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา ชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือการเกิดขึ้น ดำรงอยู่และดับไป และเชื่อว่าการทำดีเป็นการสร้างบุญสร้างกุศลก่อนตาย ส่วนความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายที่มีความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การเชื่อว่าการได้ระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ ได้ ช่วยทำให้ความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตายน้อยลง และช่วยให้คุ้นเคยกับความตาย ตามลำดับ พุทธศาสนาสอนสอนให้ใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เมื่อเกิดปัญหาชีวิต การเจ็บป่วยจะใช้คำสอนของศาสนาเป็นที่พึ่งให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ ช่วยเยียวยาอาการทางกายและทางจิตใจได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2540) การฝึกระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้หวาดกลัวต่อการตายน้อยลง การปล่อยวางจากสิ่งต่าง ๆ และบุคคลอันเป็นที่รักได้ ในวาระใกล้ตาย การเจริญสติ สมาธิภาวนา นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามจะช่วยลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ การทำบุญ ตักบาตร การอโหสิกรรมให้กับบุคคลที่เคยขัดแย้งเชื่อว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าของตนเอง ความเชื่อเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดีโดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องชี้นำ (พระไพศาล วิสาโล, 2540; Core et al., 2009)

2.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.185, p = .05) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายต่ำ จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูง ในทางกลับกันผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายสูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็จะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต ความวิตกกังวล

เกี่ยวกับการตายเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจินตนาการเกี่ยวกับความตายของตนได้ ไม่มีใครรับรู้ได้ว่าความตายจะเกิดขึ้นเมื่อใด ซึ่งในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่รับรู้ได้ว่าระยะของการเจ็บป่วยของตนได้ดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว สามารถทำใจยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่ง ไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ผลของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ (สารภี รังษีโกศัย และคณะ, 2556; พระชาย อภินนโท, 2562) และผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการตายและการเตรียมตัวตาย พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายสูงจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้วางแผนและคิดจะวางแผนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเกี่ยวกับการตาย (Chan et.al., 2007) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในระดับต่ำถึงร้อยละ 67.01 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของบุคคลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ความเชื่อด้านศาสนา ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) สามารถอภิปรายได้ว่า ในกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 71.63 ปี (*SD* = 7.34) มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาและบำบัดทดแทนไตมาเป็นระยะเวลายาวนาน ภาวะวิตกกังวลที่ผ่านเข้ามาถึงระยะยอมรับ (Acceptant) (Kubler-Ross, 1969) เป็นระยะที่ยอมรับได้กับความสูญเสีย เข้าใจความเป็นธรรมชาติของชีวิต ยอมรับสภาพของตนเองได้ ไม่ดิ้นรนมุ่งหวังอะไรอีก ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่าง ๆ ลดลง ผู้สูงอายุจะใช้ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ผลการวิจัยนี้พบว่าความเชื่อทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.85) โดยมีความเชื่อว่าความตายเป็นกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย เป็นเรื่องปกติ การทำความดี ทำบุญ ทำกุศลตามแนวทางความเชื่อของศาสนาเพื่อส่งผลให้เกิดการตายอย่างสงบ เมื่อตายแล้วไปอยู่ในภพภูมิที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จึงไม่ได้มีความกังวลเกี่ยวกับการตาย และมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี (พระชาย อภินนฺโท, 2562) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีมากที่สุด ได้แก่ การกลัวความเจ็บปวดที่อาจมาพร้อมกับความตาย วิตกกังวลถึงสิ่งที่ไม่รู้ที่อาจเกิดภายหลังการตาย และกลัวที่จะเป็นโรคร้ายแรง ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระดับต่ำที่สุด ได้แก่ การกลัวการมองไปที่ศพคนตาย การกลัวที่จะไปยังสุสานหรือที่ฝังศพ และการกลัวที่จะมองดูคนตาย ตามลำดับ โดยรวมแล้วผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายอยู่ในต่ำ จึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับสูง

2.5 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .169, p < .05) กล่าวคือผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุสูง จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูง ในทางกลับกันผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุต่ำกว่า พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็จะอยู่ในระดับต่ำกว่าด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า อายุที่ต่างกันมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ต่างกัน (Chan et.al., 2007) อายุเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการเตรียมตัวสำหรับการตายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinquart et.al, 2002) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556) ผลการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี (ร้อยละ 44.33) และผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี (ร้อยละ 40.20) เฉลี่ยอยู่ที่ 71.63 ปี (SD = 7.34) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง แต่เนื่องจากการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของไตและการทำงานของไตเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้คงมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น เป็นกลุ่มที่ระยะของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การเสื่อมถอยของร่างกายใกล้เคียงกัน มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วย หรืออาจพบภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมาหลายครั้ง ผลกระทบดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Chan et al., 2007) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้าใจและยอมรับได้เกี่ยวกับตัวตนที่แท้จริงของตน มีการค้นหาข้อดี ข้อเสีย ข้อบกพร่องของตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น มีการเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิต มีการเตรียมตัวสำหรับเผชิญความสูญเสียและภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในอนาคต และวันสุดท้ายที่จะมาถึงเพื่อการตายดี (Tornstam, 2000 อ้างถึงใน นฎา งามเหมาะ และคณะ, 2558)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย

3.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .052, p = .308) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับภาวะซึมเศร้าต่างกันจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก เป็นผลมาจากการ

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงอยู่ในระดับเดียวกัน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 77.32) สามารถอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมานานจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย และอยู่ในสถานการณ์ที่อาจพบภาวะคุกคามชีวิตอยู่ตลอดเวลา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับบำบัดทดแทนไต การเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรักษาตัวและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงเริ่มถอยห่างออกจากสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและโรงพยาบาล ลดบทบาทตนเองลงเป็นผู้ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาคนในครอบครัว สูญเสียความภูมิใจในตนเอง เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2557) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคิดทางลบตลอดเวลา ความสามารถในการรู้คิดและการควบคุมตนเองต่อการดำรงชีวิตลดลง ไม่สามารถสร้างพฤติกรรมใดๆ เพื่อเป็นการเตรียมตัวเผชิญความตายของตนเองได้ จากผลการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ได้รับการดูแลและเฝ้าสังเกตอาการอยู่เป็นระยะจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ อย่างจริงจัง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.57) ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีภาวะซึมเศร้าถึงขนาดที่ต้องบำบัดรักษาน้อย มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายจึงอยู่ในระดับสูง

3.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .117, p = .126) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายต่างกันจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งแสดงออกจากปัจจัยด้านความรู้และเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน (บุรฉัตร จันทร์แดง และคณะ, 2562) ในสังคมไทยความตายถูกมองไปในด้านร้ายมากกว่าด้านดี การตายของบุคคลใกล้ชิด เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความเศร้า เป็นเหตุการณ์ที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุจึงพยายามลืม ปล่อยวาง ไม่คำนึงถึง เพื่อลดความโศกเศร้าในจิตใจ (วริทธิ์ตา จารุจินดา, 2561) และผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย (ร้อยละ 86.60) ประสบการณ์เกี่ยวกับความ

ตายจึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคในกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงอยู่ในระดับเดียวกัน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556; Chan et.al., 2010)

3.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .012, p = .452) กล่าวคือผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายที่ไม่ต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในระดับต่าง ๆ ไม่ส่งผลต่อความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.42) และระดับดี (ร้อยละ 41.24) สามารถอภิปรายได้ว่า ในกระบวนรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จะเริ่มตั้งแต่เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีไตเสื่อมในระยะที่ 4 คือมีค่าการกรองของไต (eGFR) อยู่ที่ 15-30 มล./นาที/1.73 ตร.ม ผู้ป่วยจะได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษาจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองและการดำเนินของโรค พฤติกรรมที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อม (รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ, 2562) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะรับรู้ถึงการดำเนินของโรคเป็นอย่างดี รู้ว่าระยะเวลาของตนเองเหลือไม่มากนัก ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นจริง ยอมรับความตายได้ จึงมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกสัย และคณะ, 2556)

3.4 ประเภทของการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.140, p = .086) กล่าวคือผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการการบำบัดทดแทนไตที่ต่างกัน พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายไม่ต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า การบำบัดทดแทนไตที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับ ได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของไตในระยะสุดท้าย ที่มีประสิทธิภาพการกรองของไตเหลือน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม ถึงแม้ขั้นตอนการรักษาจะต่างกัน พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายก็ไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตาม

สมมติฐาน ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ร้อยละ 45.36) ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (ร้อยละ 44.33) และได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (ร้อยละ 10.31) สามารถอธิบายได้ว่า วิถีการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการดีขึ้นและทรุดลงสลับกัน เมื่อได้รับการรักษาแก้ไข อาการก็กลับมาดีขึ้นอีก ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อสภาพร่างกายทรุดลงก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นภาวะน้ำเกิน หอบเหนื่อย บวม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาและอาหารและการปรับพฤติกรรม ล้วนเป็นภาวะคุกคามสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ, 2558) ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่รับรู้ว่าระยะเวลาชีวิตของตนเองที่เหลืออยู่น้อย จึงเป็นแรงพลักดันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีพฤติกรรมเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย และอายุ ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรมีการประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และนำปัญหาที่พบในแต่ละปัจจัยมาวางแผนการพยาบาล เพราะปัจจัยทั้ง 4 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการส่งเสริมปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย จะทำให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเตรียมตัวตายที่ดี มีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มาเป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนหนึ่งในการวางนโยบายในการ

ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีการเตรียมตัวเพื่อการตายดีและเหมาะสม ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ

3. ด้านการศึกษา ฝ่ายการศึกษาหรือสถาบันการศึกษาพยาบาล นำข้อมูลวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลและเป็นตัวอย่างประกอบการเรียนการสอน เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของ การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลการศึกษาหาปัจจัยทำนายการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธต่อไปได้

2. แบบสัมภาษณ์มีการวัดความเห็นอย่างละเอียด เช่น แบบสัมภาษณ์ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย และแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อความตาย เป็นการสอบถามความเห็นถึง 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุสับสนในการตัดสินใจตอบ ดังนั้น จึงควรปรับลดระดับการวัดความเห็นเหลือ 3 หรือ 4 ระดับ เพื่อผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจตอบได้ง่ายและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. (2559). *List Disease of Palliative and Functional unit*. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์

กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางการปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการ การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19*. เข้าถึงได้จาก http://covid19.dms.go.th/.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สถิติผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/th/know/1

คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT). (2563). ความชุกผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Prevalence of RRT). ใน อนันต์ ชูสุวรรณ, และอดิสรณ์ ลำเพาพงศ์ (บรรณาธิการ), *Thailand Renal Replacement Therapy 2016-2019* (หน้า 46). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

จันทนา หล่อตระกูล, สมศรี รัตนปริยานุช, และปิยฉัตร สนามแจง. (2561). ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *30*(3), 141-152.

ฉัตรวารินทร์ บุญเดช, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิตกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, *32*(3), 66-77.

ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2561). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *11*(2), 1-14.

ดุษฎี กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วีพริ้น (1991).

ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *21*(7), 658-667.

ธนิดา อินทะจักร์, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และปิยะธิดา ขจรชัยกุล. (2561). ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, *4*(2),

163-177.

นฎา งามเหมาะ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อ การปฏิบัติทางศาสนา ความหมายของชีวิตกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล, 30*(1), 58-71.

นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วาสารพยาบาลกองทัพบก*, *15*(3), 24-31.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2557). ความผาสุขทางจิตวิญญาณและการตายดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *37*(1), 147-156.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังตาย.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, และสัญญา เคณาภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, *19*(4), 235-244.

ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(2), 39-43.

ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ, ภาคภูมิ บำรุงราชภักดี, สมชาย ยงศิริ, สันติชัย ดินชูไท, และตระการ ไชยวานิช. (2562). ภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมจากท่อล้างไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดย วิธีทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องถาวรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *บูรพาเวชสาร*, *6*(1), 11-23.

พระชาย อภินนฺโท. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม 24 น. จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 25*(1), 283-291.

พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.

พระไพศาล วิสาโล. (2556). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 1 แนวคิดและกระบวนการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามลดา.

พระไพศาล วิสาโล. (2560). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 2: ข้อคิดจากประสบการณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สามลดา.

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, เวธกา กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2560). กระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *10*(2), 1-18.

ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2561). *"บ้าน" สุดท้ายของชีวิต: มุมมองเชิงสังคมวิทยาต่อการบริบาลคุณภาพชีวิตระยะท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

มารยาท สุจริตวรกุล, และศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุไทยพุทธ. *วารสารเกื้อการุณย์*, *25*(1), 154-169.

เยาวลักษณ์ คุมขวัญ, และปรียสลิล ไชยวุฒิ. (2559). การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมความตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *11*(2), 125-138.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัศมี บัณฑสิทธิ์รัตน์, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *55*(2), 203-212.

ลดารัตน์ สาภินันท์, (2545). *ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วณิชา พึ่งชมภู. (2557). สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, *41*(4), 166-177.

วณิชา พึ่งชมภู. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด*. เชียงใหม่: ศูนย์บริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, *3*(1), 1-2.

วรรษวรรน์ อริยานนท์, มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์, และขจร ตีรณธนากุล. (2562). โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ. ใน สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, ไกรวิพร เกียรติสุนทร, พงศธร คชเสนี, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, และธนันดา ตระการวนิช (บรรณาธิการ), *โรคไตเรื้อรัง: A textbook of chronic kidney disease* (หน้า 1090-1111). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *23*(3), 41-55.

ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จูลเมตต์, และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2561). *ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์*. Paper presented at the RTUNC 2018, การประชุมวิชาการและน าเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3.

สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. (2560). *การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สารภี รังษีโกสัย, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *33*(1), 43-56.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ .2557-พ.ศ.* 2559 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สามัคคีพริ้นติ้งอีควิปเม้นท์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2563). *Health Data Center*. เข้าถึงได้จาก https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

สุภิศา ปลูกรักษ์. (2561). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, *18*(1), 72-80.

สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

โสพพัทธ์ เหมรัญชโรจน์. (2556). *ผลกระทบทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับ End Stage Renal Disease (ESRD).* ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ขจร ตีรณธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษพรศิลป์ (บรรณาธิการ), (หน้า 1903-1916). กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุดมวรรณ วันศรี, และเยาวเรศ ประภายานนท์. (2557). เตรียมตัวอย่างไรให้ตายดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(1), 130-134.

อรนุช ประดับทอง, และธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2563). ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *35*(1), 183-196.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2544). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.* กรุงเทพฯ: วี พริ้น (1991).

อำนวยพร แดงสีบัว, อัจฉราวรรณ โตภาคงาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, และจุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์. (2558). การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *9*(2), 181-192.

Abdel-Khalek, A. M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies, 28*(5), 435-457. doi:10.1080/07481180490437572

Ahmed, F. A., & Catic, A. G. (2018). Decision-making in geriatric patients with End-Stage Renal Disease: thinking beyond nephrology. *Journal Clinical Medicine, 8*(1), 1-11. doi:10.3390/jcm8010005

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. England: International Universities Press.

Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(11), 936-940.

Burns, D. (2004). Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis. *Applied Nursing Research, 17*(2), 116-124. doi:10.1016/j.apnr.2004.02.002

Carson, R. C., Juszczak, M., Davenport, A., & Burns, A. (2009). Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease?. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4*(10), 1611-1619. doi:10.2215/cjn.00510109

Chan, C. K., & Yau, M. K. (2010). Death preparation among the ethnic chinese well-elderly in Singapore: An exploratory study. *Omega, 60*(3), 225-239.

Chan, H. Y., Chan, F., Tin, A., Chow, A., & Chan, C. (2007). Death preparation and anxiety*:* A survey in Hong Kong. *Omega,* 54, 67-78. doi:10.2190/6478-6572-V704-1545

Cohen, L. M., Poppel, D. M., Cohn, G. M., & Reiter, G. S. (2001). A very good death: measuring quality of dying in End-Stage Renal Disease. *Journal of Palliative Medicine, 4*(2), 167-172.

Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (1997). *Death & dying, life & living* (2nd ed.). California: Brooks/Cole.

Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2009). *Death and Dying, life and living* (9th ed.). USA: Wadsworth.

Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., Murtagh, F. E., Naicker,

S., Germain, M. J., O'Donoghue, D. J., Morton, R. L., & Obrador, G. T. (2015). Executive summary of the KDIGO controversies conference on supportive care in chronic kidney disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International, 88*(3), 447-459. doi:10.1038/ki.2015.110

Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Studies, 27*(4), 335-354. doi:10.1080/07481180302904

Dhanakijcharoen, P., Sirivongs, D., Aruyapitipan. S., Chuengsaman, P., & Lumpaopong, A. (2011). The "PD First" Policy in Thailand: three year experiences (2008-2011). *Journal of The Medication Association Thailand, 94*(4), 153-161.

Dukas L, S. E., Stahelin HB, . (2005). In elderly men and women treated for osteoporosis a low creatinine clearance of < 65 ml/min is a risk factor for falls and fractures. *Osteoporosis International, 12*(16), 1683-1690.

Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Faul, F., Erdfelder, E., Georg-Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Ferraro, K. F. (1980). Self-ratings of health among the old and the old-old. *Journal Health Social Behavior, 21*(4), 377-383.

Finnegan-John, J., & Thomas, V. J. (2013). The psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: Findings from a needs assessment to shape a service. *ISRN Nephrology, 2013*, 308986-308993. doi:10.5402/2013/308986

Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults a quantitative review. *Death Studies, 23*(5), 387-411.

GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet, 395*(10225), 709-733. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3

Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. An alternative view of theory. *Journal of Holistic Nursing, 15*(1), 82-96. doi:10.1177/089801019701500108

Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients*:* A qualitative study. *Oncology Nursing Forum, 28*(1), 67-72.

Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavanan, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., & Singh, A. K. (2009). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation (2010), 25*, 1567-1575.

Inker, L. A., Astor, B. C., Fox, C. H., Isakova, T., Lash, J. P., Peralta, C. A., Tamura, M. K., & Feldman, H. I. (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *American Journal Kidney Disease, 63*(5), 713-735. doi:10.1053/j.ajkd.2014.01.416

Jablonski, A. (2004). The Illness Trajectory of End Stage Renal Disease Dialysis Patients. . *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal., 18*(1), 51-72.

Joly, D., Anglicheau, D., Alberti, C., Nguyen, A. T., Touam, M., Grunfeld, J. P., & Jungers, P. (2003). Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *Journal American Society Nephrology, 14*(4), 1012-1021. doi:10.1097/01.asn.0000054493.04151.80

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2007). The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine, 37*(3), 453-462. doi:10.1017/s0033291706009135

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.

Lekalakala-Mokgele, E. (2018). Death and dying: elderly persons' experiences of grief over the loss of family members. *South African Family Practice, 60*(5), 151-154. doi:10.1080/20786190.2018.1475882

Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J., & Eknoyan, G. (2003). National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Annals of Internal Medicine, 139*(2), 137-147.

Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). *Death anxiety*. Washington: Hemisphere.

Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine, 4*(11), 1241-1243.

Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *The Journal of the American Medical Association*, *289*(18), 2387-2392. doi:10.1001/jama.289.18.2387

Martin, C. Z. (2021). Chronic kidney disease Continuous care (Supportive and conservative treatment). In C. G. Musso, J. R. Jauregui, J. F. Macias-Nunez, & A. Covic (Eds.), *Frailty and kidney disease* (pp. 183-196). Switzerland: Springer.

Melanson, P. M., & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adults' perceptions of their health, feelings toward their future and factors affecting these feelings. *Journal Advanced Nursing, 12*(1), 29-34. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01300.x

Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adult* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal Public Health, 72*(8), 800-808. doi:10.2105/ajph.72.8.800

Murtagh, F. E., Marsh, J. E., Donohoe, P., Ekbal, N. J., Sheerin, N. S., & Harris, F. E. (2007). Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrological Dialysis Transplantation, 22*(7), 1955-1962. doi:10.1093/ndt/gfm153

National Kidney Foundation. (2020). *Chronic kidney disease, classification*. Retrieved from http;//www.kidney.org/professionals/guidelines/guideline

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2002). Preparation for death and preparation for care in older community-dwelling adults. *Omega, 45*(1), 69-88.

Pradipornsilpa, K. (2007). Thailand renal replacement therapy year, 2007. *The Nephrology society of Thailand of Rehabilitation, 87*(5), 680-687.

Rababa, M., Hayajneh, A. A., & Bani-Iss, W. (2020). Association of death anxiety with spiritual well-being and religious coping in older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*. doi:10.1007/s10943-020-01129-x

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406.

Shiekh, J. & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale; recent findings and development of short version. In Brink T, ed. *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*.

New York: Howarth Press.

Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology, 126*(1), 124-128. doi:10.1053/j.gastro.2003.10.016

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *American Medical Association, 284*(19), 2476-2482.

Thanakwang, K. (2008). Social networks and social support influencing health-promoting behavior among thai community-dwelling elderly. *Thai Journal of Nursing Research, 12*(4), 243-258.

Tornstam, L., & Törnqvist, M. (2000). Nursing staff's interpretations of "gerotranscendental behavior" in the elderly. *Journal of Aging and Identity, 5*(1), 15-29.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics, 12*, 11-17.

World Health Organization. (2002). *Palliative care*. Retrieved from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผศ.ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.วัชรา ตาบุตรวงศ์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพ
5. อาจารย์ลดารัตน์ อุไรกูล	พยาบาลเฉพาะทางสาขาการดูแลแบบประคับประคอง
6. พระอธิการไพศาล วิสาโล	เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต จังหวัดชัยภูมิ

BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ที่ อว ๘๑๓๗/๔๗๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม

อ้างถึงหนังสือ อว ๘๑๐๖/๐๔๙๓ ลงวันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ "แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด ๖ ข้อ ฉบับภาษาไทย" จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" ของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา"

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง "แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์" ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
25/25 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ที่ อว 78.02/ 07064
วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ อว 8137/435 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม รหัสประจำตัวนิสิต 62920313 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : น.ส.วันดี แย้มจันทร์ฉาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ" (พ.ศ.2538) หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณวดี พุธวัฒนะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่ขัดข้องยินดีอนุญาตให้ นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม ใช้เครื่องมือวิจัยตามที่ขอ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย บพร.17 พร้อมชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขที่บัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์ และส่งเอกสารฉบับจริงไปที่

หน่วยวิจัยและนวัตกรรม โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 02 201 2342

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ผู้ประสานงาน คุณภัสสร บัญญาพานต์ e-mail: phaphassorn.ban@mahidol.edu
สแกน QR code เพื่อติดต่องานบริการการศึกษา หรือ Line Official งานบริการการศึกษา
Line ID: @600qubzh หรือ Link: https://lin.ee/8aYGMPb หรือ e-mail: gradas@mahidol.ac.th

From: Ahmed Abdel-Khalek <aabdel-khalek@hotmail.com>

Sent: Saturday, May 1, 2021 3:50 PM

To: Dr.Naiyana Piphatvanitcha <naiyana_p2005@hotmail.com>

Cc: ahmedkuniv@hotmail.com <ahmedkuniv@hotmail.com>

Subject: Re: Ask for permission to translate The Arabic scale of death anxiety to thai language, please!

Dear Professor

Good day

It is my pleasure to grant you the permission to translate the ASDA into Thai language.

I suggest to do back translation and send it to me or any expert.

Please send me the last version in your suitable convenience.

Many thanks and best wishes

Ahmed

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00726
14 พ.ค. 2564
13.57 น.

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00344
วันที่ 13 พ.ค. 2564
เวลา 16.16

ที่ อว ๘๓๓๓(๘)/๗/ ๓๒๖

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๓๓๓/๒๓๙ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๑๕ ข้อ (TGDS-๑๕) ๓ ชุด

ตามที่ นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๓๑๙ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา ทิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ "แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๑๕ ข้อ" จากงานวิจัย เรื่อง "Prevalence of Major Depressive Disorders and Suicide in Long-term Care Facilities: a Report from Northern Thailand" ของ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ ตีพิมพ์ใน Psychogeriatrics, ๑๒(๑), ๑๑-๑๗, ๒๕๕๕ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณหทัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำโครงการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยและแนบเอกสารอ้างอิงมาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไปและหากในกรณีที่สนใจTGDS-๖ สามารถดาวน์โหลดเพิ่มเติมได้ที่ www.wongpakaran.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๔

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

ที่ อว ๘๓๓๗/๔๒๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม

อ้างถึงหนังสือ อว ๘๓๐๖/๐๔๙๓ ลงวันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ

๑. "แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ"
๒. "แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ"
๓. "แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุ"

จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี" ของ สารภี รังษีโกศัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตีพิมพ์ใน *วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์*, ๓๓(๓), ๔๓-๕๖, ๒๕๕๖ เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา"

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงวิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง "แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์" ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๓, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 1140
26 มี.ค. 2564
เวลา 10.50

ที่ อว ๘๑๓๗/๕๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

① เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

ด้วยนางอาภรณ์ ยิ้มเนียม รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๙๒๐๓๑๓ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ "แบบวัดทัศนคติต่อความตาย" จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา" ของ ดุษฎี กฤษฎี หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๘-๔๙๐-๒๕๓๕ หรือที่ E-mail: 62920313@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

② เรียน รองคณบดี

เพื่อโปรดพิจารณาเสนอ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักของ นาวสาวดุษฎี กฤษฎี สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา เพื่อขอใช้เครื่องมือวิจัย

29 มี.ค. 64

ที่ อว 6501.18/ 765

③ เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา

เพื่อโปรดพิจารณาการขอใช้เครื่องมือวิจัย ของนาวสาวดุษฎี กฤษฎี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชาญ มะวิญธร)
รองคณบดีฝ่ายบริการการศึกษา
ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
29 มี.ค. 2564

④ เรียน [illegible]
ไม่ขัดข้อง
[illegible]
16 [illegible] 64

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-106/2564

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS072/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
6. เอกสารอื่นๆ ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ลงนาม *นางสาวรมร แย้มประทุม*

(นางสาวรมร แย้มประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BSH-IRB ๐๐๕/๒๕๖๕
โดย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา"

ผู้วิจัยหลัก : นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์ให้การรับรอง โครงร่างการวิจัยตามขอบข่ายที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

วันหมดอายุ : ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

๑. มีกระบวนการคุ้มครองอาสาสมัครงานวิจัย ตามรายละเอียดที่เสนอขออนุมัติจริยธรรมวิจัย

๒. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน

๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ

๔. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ

๕. ส่งรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์แก่โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน ๑ เล่ม

ลงนาม.....
(นายเวทิส ประทุมศรี)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม.....
(นางนาตยา มิลส์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : …G-HS 072/2564……..
(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา
เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย ได้แก่ อายุ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลต่อการตาย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา และทัศนคติต่อความตาย ในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการวิจัยครั้งนี้คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เป็นปกติ มีอาการและอาการแสดงของโรคที่คงที่ ไม่มีอาการและอาการแสดงจากโรคที่เจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลัน หรือรุนแรง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าขอความร่วมมือ โดยให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม 8 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย โดยมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อทราบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้าย ในช่วงระยะเวลาที่สัมภาษณ์ โดยมีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

3) แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลต่อการตายของผู้สูงอายุ ใช้เพื่อประเมินระดับความรู้สึกวิตกกังวลต่อการในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

4) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ใช้เพื่อประเมินระดับความรู้สึกเศร้าของผู้สูงอายุในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

5) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ใช้เพื่อประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

6) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ใช้เพื่อประเมินระดับความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

7) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อความตาย ใช้เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ

8) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ใช้เพื่อประเมินความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม โดยมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ

ประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมและทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลและพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

ผู้วิจัยได้จัดของที่ระลึกเป็นหน้ากากอนามัยจำนวน 1 ห่อ และแอลกอฮอล์สเปรย์สำหรับทำความสะอาดมือจำนวน 1 ขวด เพื่อช่วยป้องกันการติดต่อของโรคโควิท 19 ในครั้งนี้ มูลค่ารวม 50 บาท การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารที่ใส่กุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่

ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 088-4902535 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102853

ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม

ผู้วิจัย

เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : ……G-HS 072/2564……..
(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา
ให้คำยินยอม วันที่ ……..…….. เดือน ……..……. พ.ศ. …….

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาลใดๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ……..……..ผู้ยินยอม

(…….)

ลงนาม ……..……..…..พยาน

(……)

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ (ภรรยา/ สามี/ บุตร/ หลาน) ยินยอมให้.....เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ……..……..

(…….)

ผู้ดูแลหลัก

ลงนาม ……...พยาน

(…….……)

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่ผู้ดูแลหลักให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มีพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

ที่ ฉช ๐๐๓๒/๓๙๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
๓๑ ถนนยุทธดำเนิน ฉช ๒๔๐๐๐

๔ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการทำวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๑๗๖ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางอาภรณ์ ยิ้มเนียม ขออนุญาตเก็บข้อมูลเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา" นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา อนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยกับผู้สูงอายุไทยพุทธที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ ๕ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๙๗ คน ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

ทั้งนี้เมื่อดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้ส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๑ เล่ม พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) จำนวน ๑ แผ่น ไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำไปเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

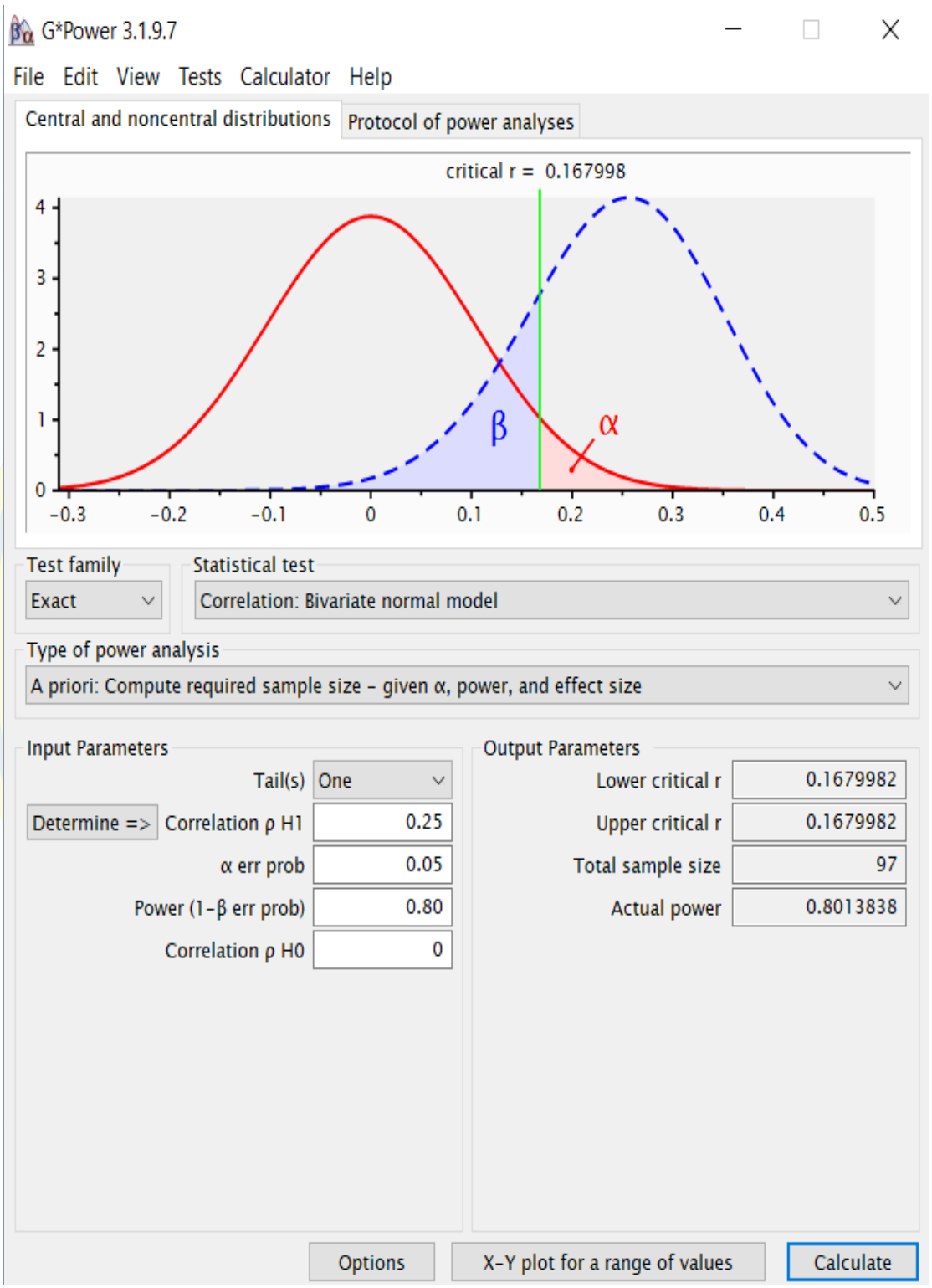
ขอแสดงความนับถือ

(นายศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๓๘๕๑ ๑๑๘๙, ๐ ๓๘๕๑ ๑๖๔๐ ต่อ ๑๐๙, ๑๑๐
โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๒๔๐๐

ภาคผนวก ง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม G* power 3.1.9.7


G*Power 3.1.9.7
File Edit View Tests Calculator Help
Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses
critical r = 0.167998
β
α
Test family
Exact
Statistical test
Correlation: Bivariate normal model
Type of power analysis
A priori: Compute required sample size – given α, power, and effect size
Input Parameters
Tail(s) One
Determine => Correlation ρ H1 0.25
α err prob 0.05
Power (1–β err prob) 0.80
Correlation ρ H0 0
Output Parameters
Lower critical r 0.1679982
Upper critical r 0.1679982
Total sample size 97
Actual power 0.8013838
Options
X-Y plot for a range of values
Calculate

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบทดสอบความผิดปกติของการรับรู้

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินความผิดปกติของการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ตามความจริงที่เกี่ยวข้องกับท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
1. ปีนี้ พ.ศ.อะไร	ถูก = 0 คะแนน ผิด = 4 คะแนน	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	ถูก = 0 คะแนน ผิด = 3 คะแนน	
บอกชื่อและที่อยู่ให้ผู้ป่วยจำ 5 อย่าง และให้ผู้ป่วยจำไว้		
... .	....	
... .	.....	
5. บอกชื่อเดือนตั้งแต่เดือนธันวาคมย้อนหลังถึงเดือนมกราคม	ถูก = 0 คะแนน ผิด 1 ครั้ง = 2 คะแนน ผิดมากกว่า 1 ครั้ง = 4 คะแนน	
6.บอกชื่อและที่อยู่ตามที่ให้ผู้ป่วยจำไว้ หลังตอบคำถามข้อที่ 2	ถูก = 0 คะแนน ผิด 1 ครั้ง = 2 คะแนน ผิด 2 ครั้ง = 4 คะแนน ผิด 3 ครั้ง = 6 คะแนน ผิด 4 ครั้ง = 8 คะแนน ผิดทั้งหมด = 10 คะแนน	
คะแนนรวม	0-28 คะแนน	/28

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตามข้อคำถามที่กำหนดไว้

1. เพศ
   ( ) ชาย
   ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
   ( ) ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ( ) ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)
   ( ) ผู้สูงอายุตอยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)
3. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่
   ( ) หม้าย ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ลักษณะของครอบครัว
   ( ) ครอบครัวเดี่ยว ( ) ครอบครัวขยาย
5. บุคคลที่ท่านสนิทสนม / ไว้ใจ / รักใคร่มากที่สุด คือใคร.....
   .....
6. ท่านได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใด
   ( ) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( ) การล้างไตทางช่องท้อง
   ( ) การดูแลแบบประคับประคอง
7. ท่านมีประสบการณ์ที่พบเห็นเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตายของบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติที่ทำให้เกิดการสะเทือนจิตใจหรือไม่
   ( ) ไม่มี ( ) มี จำนวน.....ครั้ง
8. ท่านมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติบ้างหรือไม่
   ( ) ไม่มี ( ) มี จำนวน.....ครั้ง

9. ท่านเคยรับรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายและภาวะใกล้ตายหรือไม่

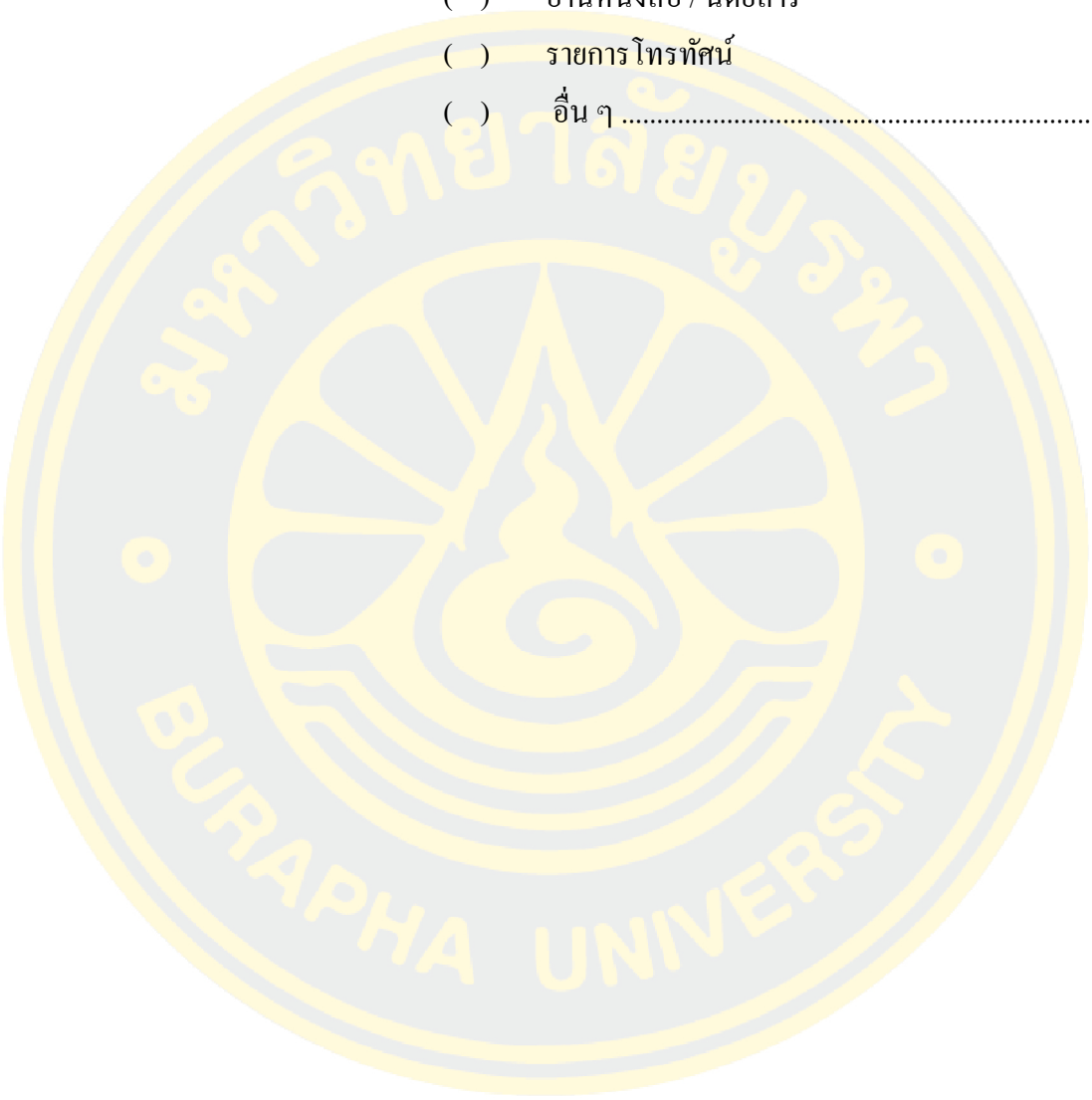
( ) ไม่เคย

( ) เคย โดย ( ) เข้าอบรม ระบุ .....

( ) อ่านหนังสือ / นิตยสาร

( ) รายการโทรทัศน์

( ) อื่น ๆ .....



แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามข้อคำถามที่กำหนดไว้

ข้อความ	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
ปัจจุบันท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร				

เนื่องจาก.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความรู้สึก พฤติกรรม และความคิดเห็นต่อการตายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการตาย

ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุพิจารณาเลือกระดับความรู้สึก พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการตาย โดยทำเครื่องหมาย □ ในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของของผู้สูงอายุมากที่สุด ในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความนั้นเลย
เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เห็นด้วยในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เห็นด้วยในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก หมายถึง เห็นด้วยในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านกลัวเสียชีวิตเมื่อท่านเจ็บป่วย					
2. ท่านกลัวที่จะมองดูคนตาย					
3. ท่านกลัวที่จะไปยังสุสานหรือที่ ฝังศพ					
... .					
... .					
... .					
... .					
... .					
... .					
16. ท่านไม่สบายใจที่จะต้องไปร่วมงานศพ					
17. ท่านตกใจ เมื่อพบเห็นภาวะใกล้ตายของบุคคลอื่น					
18. ท่านไม่สบายใจ ในการพูดคุยถึงความตาย					
19. ท่านกลัวเป็นโรคมะเร็ง					
20. ท่านกลัวเสียชีวิต					

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS-15)

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ความเศร้าในผู้สูงอายุ ตามความรู้สึกของท่าน ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพอใจกับชีวิตตนเองหรือไม่			.....
2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่าง ๆลงหรือไม่			.....
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าหรือไม่			.....
4. คุณรู้สึกเบื่อ ๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่			.....
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่			.....
... .			.....
... .			.....
... .			.....
... .			.....
... .			.....
... .			.....
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน			.....
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่			.....
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่			.....
15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่			.....
		รวม	.....

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ มากน้อยเพียงใด ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด
มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้น ๆ มาก
น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้น ๆ น้อย
ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้น ๆ

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ	**มากที่สุด**	**มาก**	**น้อย**	**ไม่ได้รับ**
ด้านอารมณ์ 1. ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับนับถือ				
2. ท่านได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจเมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีปัญหา				
... .				
... .				
... .				
... .				
... .				
10. ท่านคาดว่าจะได้รับการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและสิ่งของในการจัดเตรียมงานศพของท่านในวันข้างหน้า เช่น ดอกไม้จัน การทำหนังสือชีวประวัติ และของที่ระลึกในงานศพ				
... .				
... .				
... .				
14. ท่านได้รับการชี้นำให้ระลึกถึงความตายของตนเองอยู่เสมอ				
15. ท่านได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของท่านในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร				

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ด้านความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายตามความเชื่อของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

เชื่อมาก คือ มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความมาก

ไม่แน่ใจ คือ ไม่แน่ใจว่ามีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความหรือไม่

เชื่อน้อย คือ มีความเชื่อในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความน้อย

รายการ	**ระดับความเชื่อ**		
	เชื่อมาก	**ไม่แน่ใจ**	**เชื่อน้อย**
1. ท่านเชื่อว่าชีวิตจะดำเนินไปตามกฎของธรรมชาติ คือ การมีเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป			
2. ท่านเชื่อว่าชีวิตมีเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา			
... .			
... .			
5. ท่านเชื่อว่าบุญกุศลที่ท่านทำ สามารถทำให้ท่านจากไปอย่างสงบ			
6. ท่านเชื่อว่าการทำบุญ ตักบาตรเป็นการได้อุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ตาย			
... .			
... .			
... .			
11. ท่านเชื่อว่าการที่คนใกล้ตายได้อโหสิกรรมให้กับคนอื่นหรือเจ้ากรรมนายเวรจะถือว่าเป็นการชำระล้างกรรมเก่าให้กับตนเอง			
12. ท่านเชื่อว่าการเจริญสติและสมาธิภาวนา จะช่วยให้ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้			
13. ท่านเชื่อว่าเมื่อเราใกล้เสียชีวิต การนึกถึงสิ่งที่ดีงามจะทำให้ท่านสามารถจากไปอย่างสงบและไปสู่สุคติ			

แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอมถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยคิดว่าตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อความ	**ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน**				
	เห็นด้วยมากที่สุด	**เห็นด้วยมาก**	**เห็นด้วยปานกลาง**	**เห็นด้วยน้อย**	**เห็นด้วยน้อยที่สุด**
1. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาเป็นสัจธรรมของชีวิต					
2. ท่านคิดว่าเมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่					
... .					
....					
5. ท่านคิดว่าการตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม					
... .					
... .					
... .					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
... .					
10. ท่านคิดว่าการตายเป็นการจากไปสู่ชาติภพใหม่					
11. ท่านคิดว่ากระบวนการก่อนตายน่ากลัวกว่าความตายที่แท้จริง					
... .					
... .					
... .					
... .					
... .					
17. ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขที่แท้จริง					
18. ท่านคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องประสบ					

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยคิดว่าตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ทำ และ ไม่ทำ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ทำ หมายถึง ท่านเห็นว่าตนเองได้มีการเตรียมตัวในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความ

ไม่ได้ทำ หมายถึง ท่านเห็นว่าตนเองไม่ได้มีการเตรียมตัวในเรื่องที่ระบุไว้ในข้อความ

ข้อความ	ทำ	ไม่ได้ทำ
การเตรียมตัวด้านร่างกาย 1. ท่านได้เลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์ไว้แล้ว ถ้ามีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต ว่าท่าต้องการวิธีใด ไม่ต้องการวิธีใด		
... .		
... .		
... .		
5. ท่านเลือกสถานที่จัดงานศพของตนเองไว้แล้ว		
6. ท่านเลือกวิธีการจัดงานศพของตนเองไว้แล้ว		
การเตรียมตัวด้านจิตใจ 7. จิตใจของท่านพร้อมที่จะรับทราบความจริงจากแพทย์ว่าท่านมีอาการป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิต		
... .		
... .		
10. ท่านเลือกคนที่ท่านสามารถระบายความทุกข์ต่าง ๆ ที่ต้องการหากป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้แล้ว		
... .		
13. ท่านได้ใช้เวลาในแต่ละวันด้วยการสร้างคุณค่าและทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น (เช่นการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม การให้คำแนะนำให้กำลังใจแก่บุคคลอื่น)		
การเตรียมตัวด้านจิตวิญญาณ 14. ในเวลาที่เหลืออยู่นี้ ท่านได้ปฏิบัติตามความเชื่อที่ท่านเลื่อมใสศรัทธา (เช่น สวดมนต์ทุกวันพระ การใส่บาตร)		

ข้อความ	ทำ	ไม่ได้ทำ
... .		
20. ท่านมีการขออโหสิกรรมต่อบุคคลอื่นในสิ่งที่ท่านล่วงเกิน รวมทั้งผู้ที่มีความขัดแย้งกับท่าน		
21. ท่านได้ให้อโหสิกรรมแก่บุคคลอื่นรวมทั้งผู้ที่มีความขัดแย้งกับท่าน		
22. ท่านได้ร่วมกิจกรรมทำบุญอย่างสม่ำเสมอ		
การเตรียมตัวด้านสังคม 23. ท่านได้แสดงความรักและห่วงใยให้กับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น		
....		
27. ท่านได้ปรึกษาหารือกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในเวลาที่ท่านป่วยหนักในวาระสุดท้ายของชีวิตและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพของท่าน		
28. ท่านพึ่งพาช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อลดภาระของครอบครัว		
29. ท่านได้เตรียมเอกสารสำคัญต่าง ๆ ของท่านเพื่อให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจสามารถค้นหาได้ง่าย เช่น สมุดบัญชีธนาคาร กรมธรรม์ประกันชีวิต โฉนดที่ดิน เป็นต้น		

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	อาภรณ์ ยิ้มเนียม	
วัน เดือน ปี เกิด	9 กรกฎาคม พ.ศ. 2512	
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	24 หมู่ 1 ตำบลแสนภูดาษ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา 24140	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ.2533-2537	พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
	พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
	พ.ศ. 2546	การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	พ.ศ. 2565	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา