



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไ้ ระยะสุดท้าย

จันจิรา เพ็ญ* สุวีพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรราช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้าย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตรระยะสุดท้าย ที่เข้ามาใช้บริการ ณ ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียมคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และหน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย จำนวน 125 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การยอมรับความตายวิธีพุทธ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .87, .80, .73, และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: ผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายมีการยอมรับความตายในระดับสูง (Mean = 39.20, SD = 5.16) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการยอมรับความตายของผู้ที่โรคเป็นไตรระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ($r = .74$, $r = .77$, $p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .65$, $p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($r = -.78$, $p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ได้แก่ ภาระที่ค้างคา ($r = -.66$, $p < .05$) และชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย

สรุป: การยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าว โดยเฉพาอย่างยิ่งความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: การยอมรับความตาย/ ผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้าย/ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Selected Factors Related to Death Acceptance Among Persons with end Stage Kidney Disease

Chanjira Phen* Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationships between age, treatment modality, death anxiety, Buddhist beliefs about death, unfinished burdens, and self-care perception with death acceptance among patients with end-stage kidney disease.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The sample consisted of 125 patients diagnosed with end-stage kidney disease who were receiving treatment at the Kidney Center and Hemodialysis Unit of Vachira Phayabal Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University, and the Hemodialysis Unit of the Kidney Foundation of Thailand. The research instruments included questionnaires that gathered information on personal data, Buddhist death acceptance, death anxiety, religious beliefs about death, lingering burdens, and self-efficacy. The Cronbach's alpha coefficients for these instruments were .85, .87, .80, .73, and .74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: Patients with end-stage kidney disease reported a high level of death acceptance (Mean = 39.20, SD = 5.16). age ($r = .74$) and Buddhist beliefs about death ($r = .77$) were positively and highly correlated with death acceptance ($p < .05$). and, perceived ability to take care of oneself ($r = .65$) were positively and moderate level with death acceptance ($p < .05$). Conversely, death anxiety ($r = -.78$) negatively and highly correlated with death acceptance ($p < .05$). unfinished burden ($r = -.66$) were negatively and moderate level with death acceptance ($p < .05$). Treatment modality was not significantly correlated with death acceptance.

Conclusion: Death acceptance in patients with end-stage kidney disease is influenced by various factors. It is crucial to consider these factors, including Buddhist beliefs about death, when creating a nursing intervention to support a good death for this population.

Keywords: Death acceptance/ Persons with end stage kidney disease/ Buddhist beliefs about death



บทนำ

โรคไตระยะสุดท้าย เป็นโรคที่มีความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและการติดเชื้อที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใน พ.ศ. 2560 พบประชากรป่วยด้วยโรคไตระยะสุดท้ายจำนวน 3.25 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9 ล้านคนใน พ.ศ. 2568¹ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ร้อยละ 17.6 ของประชากรและอัตราการตาย 25.4 ต่อประชากรแสนคน ต่อปีโดยเฉลี่ย อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เริ่มฟอกไตใหม่ พ.ศ. 2566 อยู่ที่ร้อยละ 3.6² และยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประเทศไทย³ มีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณร้อยละ 15-20² เป็นโรคที่ไม่ติดต่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องเผชิญภาวะคุกคามต่อสุขภาพตลอดการเจ็บป่วย⁴ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายจะมีการเจ็บป่วยที่ระยะยาวนาน และมีความไม่แน่นอนในการดำเนินโรคจนถึงถึงวาระสุดท้ายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับการยอมรับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการกลัวความตาย (fear of death) การปฏิเสธและหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญหน้ากับความตาย⁵ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลและระยะสุดท้ายที่แตกต่างจากโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังชนิดอื่น โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายต้องเผชิญต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทุกขั้วประมาณยาวนานกว่า ทำให้ไม่สามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีภาระที่ค้างคาสิ่งที่ติดค้างใจไม่สามารถก้าวเข้าสู่มิติการตายที่ดี⁶

การยอมรับความตาย จึงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ทำให้เกิดการตายไม่ดี ไม่มีการเตรียมตัววางแผนล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตส่งผลต่อการดูแลในระยะสุดท้ายที่ติดตามความปรารถนาของผู้ป่วย ซึ่งการยอมรับความตายนั้นหมายถึงเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด คำพูด และการกระทำเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ครอบคลุม 2 มิติ ได้แก่ 1) การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ

2) การเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นโดยในแต่ละระยะการรับรู้ความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปจากการศึกษา Pagels et al. (2015)⁶ พบว่า ระยะที่ 1-3 ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายในระยะเริ่มต้นจะมีการเพียงเล็กน้อยจึงไม่มีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่ชัดเจนในการเผชิญปัญหาต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับความตาย ในระยะที่ 4-5 ในผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย อาการแสดงของโรครุนแรง จะมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยและเข้าสู่ภาวะวิกฤตเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตตลอดการเจ็บป่วย หากไม่สามารถยอมรับได้ส่งผลมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷ และชนิดการรักษาผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่พอกเล็ดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีภาพตัวแทนความเจ็บป่วยการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยจะคงอยู่ยาวนานกว่าผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้อง ญาณิน เงินศรีสุข และคณะ (2565)⁸ และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มักขาดความสามารถในการตัดสินใจใด ๆ ในผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ ไม่มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายมาก่อนล่วงหน้า ทำให้คุณภาพชีวิตก่อนตายลดลง ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และมีสิ่งที่ค้างคาใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาล่าสุดที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายยังพบได้น้อย ในต่างประเทศพบเพียงการศึกษาที่สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความตายและการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายในการเผชิญภาวะวิกฤตขณะที่ยังมีชีวิต Molzahn (2012)⁹ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁰ พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.61$, $r = -.39$) และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .41$, $r = .38$) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับความตายในผู้สูงอายุโรคไตระยะสุดท้ายของ อารณย์ ยิ้มเนียม (2566)¹¹ พบว่า ความเชื่อ

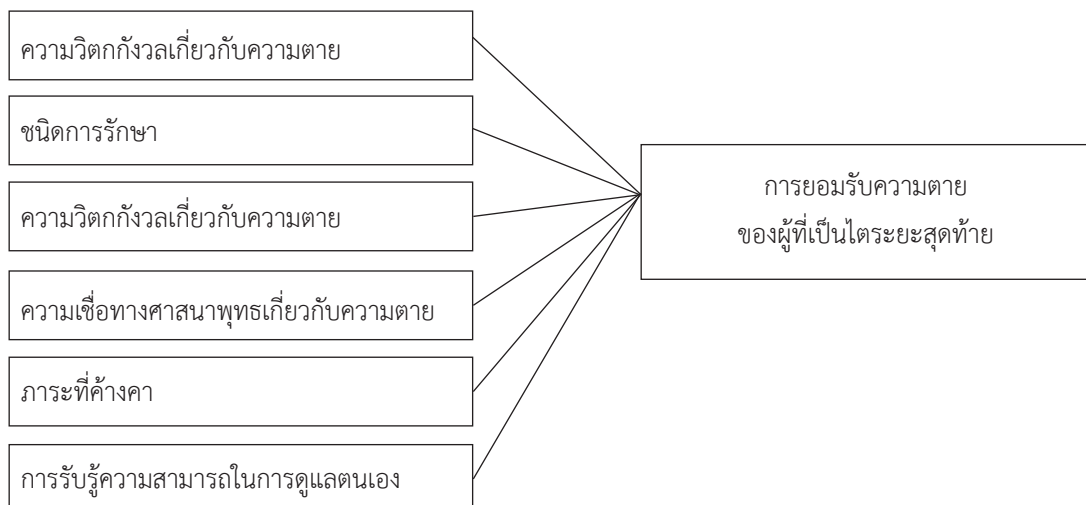


ทางศาสนาพุทธมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ($r = .26, p < .01$) จากการศึกษายังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตาย ($r = 1.69, p < .05$) แต่ยังไม่พบการศึกษาการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย และเป็นเรื่องละเอียดอ่อนพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกในการสนับสนุนการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและยอมรับความตาย ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย เนื่องจากการยอมรับความตายเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด คำพูด และการกระทำเกี่ยวกับการจากไป ผู้ป่วยที่ยอมรับความตายได้จะแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางบวก คือ สามารถจัดการกับการตายที่ใกล้เข้ามาได้อย่างเหมาะสม รับรู้เข้าใจข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ยอมรับว่าความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง มีการเตรียมตัวสำหรับการตายเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและพูดคุยเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตายได้เหมาะสม ทำให้เกิดการตายดีตามมา ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความตายจะมีทิศทางในทางการแสดงพฤติกรรมในเชิงต่อรอง หลีกหนี ปกปิด หรือละเลยปัญหาถึงแม้จะรับรู้ถึงสภาวะที่เป็นอยู่แต่เลือกที่จะปฏิเสธ หรือหลีกหนีที่จะรับรู้ความตาย มีพฤติกรรมถอยหนี จากการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับตนเอง ไม่พูดถึงสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยกับใคร ๆ และแยกตัว¹²

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ อายุ¹⁰ ชนิดการรักษา¹³ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย¹⁰ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย^{10, 11} การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง¹⁰ ภาระที่ค้างคา¹⁰ โดยนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาารูปแบบการจัดการและการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย เกิดการยอมรับความตาย และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับความตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวมที่สนับสนุนทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีการเตรียมตัวในการเผชิญกับความตายเป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในระยะยาวในการส่งเสริมให้เกิดการตายดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับความตาย (Death Acceptance) ของ Thanasislt และคณะ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบคือ 1) การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ 2) การเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นประเพณีโดยใช้ (Buddhist Death Acceptance Scale; BDAS)¹⁴ และการคัดสรรปัจจัยตัวแปรที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{10, 11} และมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ





วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

3. ชนิดการรักษา มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย และมารับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย คือระยะที่ 5 และมีค่า eGFR < 15 (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่เข้ามาใช้บริการ ณ ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด Inclusion criteria มีดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตระยะสุดท้ายระยะที่ 5 มีค่า eGFR < 15 (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) และรับรู้ถึงภาวะของโรคในระยะไตเรื้อรังไม่น้อยกว่า 3 เดือน และได้รับการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ให้ผู้ที่ เป็นไตระยะสุดท้ายรับทราบว่า เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย

3. มีสติสัมปชัญญะดี กรณีก่อนตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Mini-Cog™ โดยมีคะแนนมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

4. สื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยรู้เรื่อง นับถือศาสนาพุทธ

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

Exclusion criteria มีดังนี้

1. เกิดภาวะอาการแทรกซ้อนจากโรค จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น เหนื่อยหอบ
2. ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการปลูกถ่ายไต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .26 จากการศึกษาค้นคว้าของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)¹¹ โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ .80 (Polit & Beck, 2021) และขนาดของอิทธิพล (effect size) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่ยอมรับกันในระดับสากลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 113 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย และข้อมูลไม่สมบูรณ์ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 125 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล คำนวณตามสัดส่วนของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้ายที่มารับบริการในเดือน (มิถุนายน 2567) จำนวนผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายในระยะที่ 5 ของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย มีประมาณ 500 คนต่อเดือน และศูนย์โรคไตและหน่วย



ไต้เทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย ได้คำนวณสัดส่วนประชากรโดยใช้สูตรการคำนวณ
 นวมินทราริราช มีประมาณ 1,000 คนต่อเดือนผู้วิจัย Proportion to size ดังนี้

$$\text{จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$$

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มาใช้บริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
1. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราริราช	ประมาณ 1,000 คน (มิถุนายน 2567)	$(125 \times 1,000) \div 1,500$ = 84 คน
2. มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย	ประมาณ 500 คน (มิถุนายน 2567)	$(125 \times 500) \div 1,500$ = 41 คน

จากการคำนวณทำให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
 ดังนี้ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยเก็บข้อมูลจำนวน
 41 คน ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์
 วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราริราช เก็บข้อมูล
 จำนวน 84 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่ม
 ตัวอย่างครบ 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (มีการแปลงแบบ
 สอบถามเป็น google form)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
 คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
 และรายได้ เศรษฐฐานะของครอบครัว โรคประจำตัว
 ระยะของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ชนิดการรักษา
 ประสบการณ์ในการเผชิญเหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินการยอมรับความ
 ตายวิถีพุทธ** แบบสอบถามการยอมรับความตายวิถี
 พุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale; BDAS)¹⁴
 ที่พัฒนามาจากแนวคิดเชิงพุทธร่วมกับการทบทวน
 วรรณกรรม เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ทั้งหมด 13 ข้อ
 ประเมินมิติการยอมรับความตาย 2 มิติ คือ การยอมรับ
 กระบวนการตามธรรมชาติของความตาย จำนวน 9 ข้อ
 และเตรียมตัวรับมือกับความตายจำนวน 4 ข้อ ทั้งหมด
 13 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนการยอมรับความ
 ตาย 1.00-2.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับ

ต่ำ 2.01-3.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับ
 ปานกลาง 3.01-4.00 คะแนน การยอมรับความตายอยู่
 ในระดับสูงมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .92 และมี
 ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ของ
 แบบสอบถาม เท่ากับ .85

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยว
 กับความตาย** (The Death Anxiety Questionnaire
 (DAQ) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย¹⁰ เป็นมาตรวัดแบบ
 มาตราส่วน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ
 ประมาณค่า 3 ระดับ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 0-30
 คะแนน มีระดับคะแนน 0-10 หมายถึง คะแนนความ
 วิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ 11-21 คะแนน
 หมายถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับ
 ปานกลาง และ 22-30 คะแนน หมายถึงความวิตก
 กังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง มีค่าดัชนีความตรง
 เนื้อหาเท่ากับ .97 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์
 แอลฟาของครอนบราค ของแบบสอบถามเท่ากับ .87

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนา
 เกี่ยวกับความตาย** ฉบับพัฒนา¹⁵ เป็นเครื่องมือที่สร้าง
 ขึ้นตามแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล และคณะ เป็น
 มาตรวัดแบบมาตราส่วน จำนวน 13 ข้อ ประมาณค่า
 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-39 คะแนน แบ่ง
 คะแนนเป็น 13-21 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่
 ในระดับต่ำ 22-30 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่



ในระดับปานกลางและ 31-39 คะแนน หมายถึง มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาระที่ค้างคาฉบับพัฒนา¹⁰ มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับการแปลผลคะแนน นำคะแนนของทั้ง 6 ข้อ รวมกันได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ 6-12 คะแนน หมายถึง มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับน้อย 13-19 คะแนน หมายถึง มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง 20-24 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ฉบับภาษาไทยแปล¹⁶ จาก General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ นำคะแนนรวมกันทั้ง 10 ข้อ ได้คะแนนอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน แบ่งเป็น 10-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-31 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 32-40 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 แบบสอบถามแต่ละชุดจากการคำนวณมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.7-0.9 (DeVellis, 2012)¹⁷ จึงจะถือค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเลขที่ COA 141/2567

ผู้เข้าร่วมทุกคนยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ติดต่อและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลที่ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับอนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในวันที่ 26 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยและในวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ที่ศูนย์โรคไตและหน่วยไตเทียมคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติ ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอมและทำการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ รวมถึงอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15-20 นาที โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้อง หรือบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว

3. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ตามแนวคิดของคูเบลอร์รอส์¹⁸ อยู่ในขั้นต่อรองหรือขั้นยอมรับเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการยอมรับความตายถูกกล่าวถึงในขั้นสุดท้ายของปฏิกิริยาทางจิตใจต่อความตายดังนั้นการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตายจึงควรประเมินสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นต่อรองหรือขั้นยอมรับโดยการประเมินความพร้อมก่อนตอบแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกตการแสดงออกพฤติกรรมและคำพูด และนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลตัวแปรปัจจัย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตามโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์คือ ข้อมูลของตัวแปรทุกตัวที่ศึกษา มีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยการแทนค่าตัวแปรปัจจัย ชนิดการรักษาเป็นตัวแปรดัมมี่ (dummy variable) แทนค่าด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) = 0, การล้างไตทางช่องท้อง (PD) = 1 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ (Taylor, 1990) ดังนี้ ค่า r ระดับความสัมพันธ์

- $\leq \pm 0.35$ มีความสัมพันธ์กันต่ำ
- $\pm .36-.68$ มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
- $\pm .69-1.00$ มีความสัมพันธ์กันสูง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายจำนวน 125 คน อายุ อยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.40 มีอายุเฉลี่ย 58.32 ปี ($SD = 14.51$) เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.20 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44 อาศัยอยู่กับครอบครัวมีญาติและบุตรเป็นผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.80 เศรษฐฐานะพอมีพอใช้ ร้อยละ 56.80 โรคประจำตัวร่วมที่พบมากที่สุดสาม อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.40 รองลงมาคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 55.20 และอันดับสามคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 34.50 และระยะโรคที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 5 ร้อยละ 97.6 ระยะเวลารักษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72 มีประสบการณ์ที่พบเห็นเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตายของบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 99.20

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกตาม การยอมรับความตาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($n = 125$)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การยอมรับความตาย (DA)	13-52	25-44	39.20	5.16	สูง
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ANX)	0-30	1-18	6.61	5.38	ต่ำ
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (Beli)	13-39	22-39	36.14	3.55	สูง
ภาระที่ค้างคา (ALP)	6-24	6-23	13.27	5.08	ปานกลาง
การรับรู้ในความสามารถของตนเอง (SEL)	10-40	12-39	30.08	4.35	ปานกลาง



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับความตายในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.16 โดยการแปลผลระดับคะแนน 13-25 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับต่ำ 26-38 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับปานกลาง 39-52 คะแนน การยอมรับความตายอยู่ในระดับสูง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.38 โดยการแปลผลระดับคะแนน 0-10 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ 11-21 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55 โดยการแปลผลระดับคะแนน 13-21 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 22-30 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 31-39 คะแนน มีระดับความเชื่ออยู่ในระดับสูง มีภาระที่ค้างคาในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.08 โดยการแปลผลระดับ

คะแนน 6-12 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับน้อย 13-19 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง 20-24 คะแนน มีระดับภาระที่ค้างคาอยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.35 โดยมีการแปลผลระดับคะแนน 10-20 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-31 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 32-40 คะแนน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .74, r = .77, r = .65, p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ ภาระที่ค้างคา ($r = -.78, r = -.66, p < .05$) และชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งสุดท้าย

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาระที่ค้างคา กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งสุดท้าย ($n = 125$)

อายุ (Age)	การยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งสุดท้าย r
อายุ (Age)	.74*
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย (Beli)	.77*
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (SEL)	.65*
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ANX)	-.78*
ภาระที่ค้างคา (ALP)	-.66*
ชนิดการรักษา (Type)	-.067

* $p < .05$ r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน



อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ชนิดการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย ภาระที่ค้างคา และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้าย

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น จะมีการยอมรับความตายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายเป็นมาก่อน ทำให้มีระดับการยอมรับความตายเป็นระดับสูง เป็นวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.40 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2006) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย มีการมองโลกอย่างเข้าใจ ยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการศึกษาของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)¹⁰ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำของพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญความตายได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้บริบทของเศรษฐกิจครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.80 พอมีพอใช้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Chan and you (2009)¹⁹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลต่อการเตรียมตัวตายมากที่สุด ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญสนับสนุนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบในด้านเศรษฐกิจ ด้านการแก้ปัญหาต่าง ๆ มีส่วนช่วยในด้านจิตใจ มีการชักนำช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้รู้สึกอบอุ่นมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตแม้แต่การเตรียมตัวต่อการตาย หรือแม้กระทั่งการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ สุภาวดี วรพันธุ์ (2546)²⁰ ในการให้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยและครอบครัว

ซึ่งมีความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการยอมรับความตายอยู่ในระดับสูง โดยสถานที่การเก็บข้อมูลมีการดูแลของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้ข้อมูลข่าวสารโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดแบบประคับประคองสอดคล้องกับนโยบายปีงบประมาณ 2566-2570 เป้าหมายพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการดูแลตามความประสงค์ให้มีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิตให้เกิดการอยู่ดี และตายดี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)²¹

1.2 ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเป็นมาก จะมีการยอมรับความตายเป็นมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคไตรระยะสุดท้ายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ร้อยละ 97.6 และรองลงมาคือมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.4 ความเชื่อทางศาสนาพุทธจะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของความตาย เนื่องจากหลักธรรมคำสอนทางศาสนาจะสอนถึงความจริงและธรรมชาติของชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายจึงมีผลทำให้บุคคลเกิดการยอมรับความ และการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน การเปิดใจยอมรับเกี่ยวกับความตาย โดยการปฏิบัติตามหลักทางพุทธศาสนาเพื่อเพิ่มการมีสติในการเผชิญกับความตาย ศาสนาและความเชื่อมีผลในการส่งเสริมในกระบวนการรับรู้การยอมรับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566)¹¹ ที่พบว่า ความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับน้อย การยอมรับต่อความตายจะมีน้อย



1.3 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมาก การยอมรับความตายมาก การศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.4 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์พบเห็นเกี่ยวกับการตาย มีค่าเฉลี่ยรายข้อแบบสอบถามที่ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีการจัดการกับปัญหาสิ่งต่าง ๆ ได้เสมอ ไม่ว่าปัญหานั้นจะมาเป็นรูปแบบไหนเป็นด้านที่พบมากที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจและประเมินความสามารถของตนเองในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ (Bandura, 1997)²² ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง สามารถที่จะปรับตัวทางด้านจิตใจพร้อมที่เผชิญและยอมรับความตายได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ กระโพธิ์ และคณะ (2561)¹⁰ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมาก การยอมรับความตายมากขึ้น

1.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่มีความวิตกกังวลน้อย จะมีการยอมรับความตายมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีประสบการณ์ที่พบเห็นและเผชิญกับความตาย ร้อยละ 99.20 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ ร้อยละ 73.6 และส่วนมากจะมีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้ายตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายได้รับการรักษาเป็นเวลานานในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลให้มีการเผชิญและปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่มีความเข้าใจว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับข้อมูลโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้สามารถปรับจิตใจกระบวนการคิด

ให้เกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และไม่เกิดความวิตกกังวลหรือกลัวความตายเพราะเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ (วรรณมน บุณรัช, 2556)²³ สอดคล้องการศึกษาของ อาภรณ์ ยัมเนียม (2566)¹¹ พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตระยะสุดท้าย และจากการศึกษา มะลิวรรณ กระโพธิ์ และคณะ (2561)¹⁰ ในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตาย นอกจากนี้ การที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงขึ้น มีความต้องการรักษาที่ยืดชีวิตมากขึ้น และมีการเตรียมพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นน้อยลง

1.5 ภาระที่ค้างคา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่มีภาระที่ค้างคามาก การยอมรับความตายน้อย มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีความเชื่อทางศาสนาพุทธในระดับสูง และผ่านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.80 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44 เศรษฐฐานะของครอบครัวพอมีพอใช้ อาศัยอยู่กับครอบครัวและญาติ อธิบายได้ว่า เกิดการยอมรับสภาพเมื่อได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มาระยะหนึ่งและปล่อยวางได้ วรรณมน บุณรัช (2556)²³ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย มีภาระที่ยังค้างคาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ไม่ได้วางเป้าหมายหรือความคาดหวังในชีวิตไว้มากโดยอยู่กับปัจจุบันในแต่ละวันให้ดีที่สุด ไม่ได้มองว่าความตายเป็นสิ่งที่ไปในทิศทางที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียหรือผิดหวังพลาดโอกาส จึงส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ไม่รู้สึกคับข้องใจเสียใจ เสียใจ หดหู่หรือปฏิเสธในความตาย ส่งผลให้เกิดการยอมรับความตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ



กระโพธิ์ และคณะ (2561)¹⁰ การยอมรับความตายได้คือการไม่มีภาระค้างคาหรือภาระค้างคาน้อยลง

1.6 ชนิดการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไทรอยะสุดท้าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ในการศึกษาครั้งนี้ ชนิดการรักษาที่ได้รับคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 63 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.40 และการล้างไตแบบต่อเนื่องทางช่องท้อง จำนวน 62 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.60 (mean = .50, SD = .50) อธิบายได้ว่า ชนิดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย ซึ่งเป็นวิธีใช้ในการรักษาดูแลมุ่งเน้นในด้านทางร่างกาย แต่ไม่ได้ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวทางจิตใจ ชนิดการรักษาจึงไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงที่ส่งผลต่อการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไทรอยะสุดท้าย และชนิดการรักษาที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไทรอยะสุดท้ายที่ต่างกัน ซึ่งผลกระทบในการเผชิญต่อโรครยะเวลาไม่แตกต่าง ปัจจุบันทั้ง 2 ชนิดการรักษา และการเข้าถึงบริการการรักษาได้มากขึ้นทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวสามารถปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ วินดา วิชัยศักดิ์ และคณะ (2561)²⁴ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันระหว่างชนิดการรักษาทั้งสองชนิด Sayin et al. (2007)²⁵ สอดคล้องกับการศึกษา มัณฑนา เพชรคำ และคณะ (2563)²⁶ พบว่า องค์ประกอบด้านความผาสุกของจิตใจ และองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นไทรอยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การแบบสอบถามใน google form นั้นอาจมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง และเก็บกลุ่มตัวอย่างทีละคนเนื่องจากข้อคำถามเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและความรู้สึกจึงต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และเพิ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกทางด้านศาสนาพุทธในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไทรอยะสุดท้ายเกิดการยอมรับความตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการศึกษาที่ได้เป็นฐานข้อมูลให้ศึกษาวิจัยต่อไปปัจจัยในด้านชนิดการรักษาต่อและด้านอื่น ๆ

1. ศึกษาปัจจัยทำนายในการพัฒนาส่งเสริมการพยาบาลเกี่ยวกับการยอมรับความตาย

2. พัฒนาคำแนะนำในการศึกษาระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำปัจจัยความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมแนวทางปฏิบัติ CPG (clinical practice guideline) ในการส่งเสริมดูแลผู้ที่เป็นโรคไทรอยะสุดท้ายให้เกิดการยอมรับความตายเพื่อส่งเสริมการตายดี (Good Death) ต่อไป



References

1. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for hemodialysis. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd; 2022.
2. Satirapoj B, Tantiyavarong P, Chuasuwan A, Lumpaopong A, Limbutara K, Kiattilunthorn K, et al. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2023: Epidemiology and Trends in Incident Dialysis Patients. J Nephrol Soc Thailand [Internet]. 2025 Apr 4 [cited 2025 Dec 3];29(2):[about 14 p.]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNST/article/view/277563/187384>
3. Fresenius Medical Care. 2018 annual medical report going further, faster: Translating science into practice [Internet]. Waltham (MA): Fresenius Medical Care North America; 2018 [cited 2025 Dec 7]. Available from: [newsroom.fmcna.com](https://www.fmcna.com/newsroom).
4. Department of Disease Control, Non-Communicable Disease Division. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures. Bangkok: Population-Level Policy Development Group; 2022.
5. Arkhayakorn L. Acceptance of death. Chulalongkorn Med J. 2018; 62(5): 761–72. (In Thai)
6. Pagels AA, Söderquist BK, Heiwe S. Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. J Ren Care. 2015; 41(3): 146-55.
7. Muksiritipanun B, Pongsathornwiboon K, Suwith B, Chansuwan A, Wongrosatrai Y. Spiritual well-being and essential needs in end-stage renal disease patients at Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Songklanagarind J Nurs. 2018; 38(1): 63-76.
8. Yanin N, Tipaporn W, Jiraporn T. Illness representation and end-of-life coping in patients with end-stage renal disease. Nurs J CMU. 2022 Jul-Sep; 49(3): 95-108. (In Thai)
9. Molzahn A, Sheilds L, Bruce A, Stajduhar KI, Makaroff KS, Beuthin R, et al. Perceptions regarding death and dying of individuals with chronic kidney disease. Nephrol Nurs J. 2012; 39(3): 197.
10. Krapho M, Chimluang C. Factors related to death acceptance in patients with advanced cancer [master's thesis]. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2018.
11. Yimniam A. Factors related to death preparation behaviors among elderly end-stage chronic kidney disease patients in Chachoengsao Province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2023.
12. Kübler-Ross E. On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. New York: Simon & Schuster; 1997
13. Phudibut K, Khamsa S, Oradee O. The survival rate of end-stage renal disease patients receiving renal replacement therapy at



- Yang Talat Hospital, Kalasin Province. *Srinagarind Med J.* 2022; 37(1): 49-55
14. Akkayagom L, Suwannapong K, Long NH, Chimluang J, Upasen R, et al. Development and psychometric testing of the Buddhist Death Acceptance Scale. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2020; 24(4).
15. RungsKosai S, Pipatvanitcha N, Paokanha R. Factors related to preparation behaviors for facing terminal illness and death among elderly in the elderly club of Pattani Province. *Songklanagarind J Nurs.* 2013; 33(1): 43-56.
16. Sukmak W, Sirisuntorn A, Meena P. Reliability of the self-efficacy perception questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2002; 47(1): 36.
17. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage publications; 2012.
18. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Macmillan; 1969
19. Chan CK, Yau MK. Death preparation among the ethnic Chinese well-elderly in Singapore: an exploratory study. *Omega J Death Dying.* 2009; 60(3): 225-39.
20. Supawadee W. Factors affecting advance directives for the right to a peaceful death at the end of life in the elderly. [master's thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2003.
21. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual of palliative and end-of-life care (for medical personnel). Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020
22. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
23. Buranarat W. Perspectives on terminal illness and death of patients with severe diseases under palliative care [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
24. Vichaisak W, Lueboonthavatchai P, Avihingsanon Y. Comparative study of quality of life between end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis and those who underwent kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Med J.* 2018; 62(1): 89-105.
25. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc.* 2007; 39(10): 3047-53.
26. Phetkham M, Phetkham L, Intholo S. [Comparison of quality of life between end-stage renal disease patients treated with peritoneal dialysis and hemodialysis at Somdejphrajaoyuparaj Sawangdaendin Hospital]. *Journal of Nursing and Health Care.* 2020; 38(1): 137-46.