

บทความวิจัย

ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการเลือกการบำบัดทดแทนไต

วิไลพรรณ สมบุญตนนท์* ณัฐมา ทองธีรธรรม**

เพ็ญศิริ ศรีสุนทร*** ลัดดา แสนสีหา**** สุขาย ศรีทิพย์วรรณ*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยผสวนวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 82 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ($r=0.260$, $p \leq 0.05$) และอายุ ($r=-0.225$, $p \leq 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพของประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต มี 3 ประเด็น คือ 1) ประสบการณ์ก่อนการตัดสินใจมี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การรับรู้ว่าตัวเองอาการหนักใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น และ การยื้อชีวิต 2) ปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการรักษา มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด และ ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 3) ประสบการณ์หลังการตัดสินใจ ผู้สูงอายุมีความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จากค่าใช้จ่ายและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาสร้างความเข้าใจในประสบการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไตจากมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลเพื่อก้าวข้ามเวลายากลำบากของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในการวางแผนเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย/การบำบัดทดแทนไต/การตัดสินใจ

วันที่รับบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 21 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 22 เมษายน 2568

*ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wilaiapun.som@mahidol.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

***** อาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาวิชาวิกฤตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Decision-making factors of older adults with end stage renal disease toward renal placement therapy

Wilaipun Somboontanont* Natma Thongterethum**

Pensiri Srisuntorn*** Ladda Sanseha****

Suchai Sritippayawan*****

ABSTRACT

This mixed methods research was aimed to study factors related to decision-making experience of renal placement therapy among elders with end stage renal disease. The participants in this study were 82 elders with end stage renal disease receiving renal placement therapy. Data were collected using in-depth interviews, perception of illnesses questionnaire and perceive of social support questionnaire. Descriptive statistic and Pearson's product-moment correlation coefficient were used to analyze data. The content analysis was applied to analyze qualitative data.

Study revealed that Glomerular filtration rate (GFR) had a statistically significant positive association with age ($r=0.245$, $p \leq 0.01$). Perception of illnesses had a relationship with education level and perceive of social support ($r= 0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$). Perceive of social support had a statistically significant relationship with education level ($r= 0.260$, $p \leq 0.05$) and age ($r= -0.225$, $p \leq 0.05$). Elders' decision-making experience of renal placement therapy for end stage renal disease were categorized into three main aspects: 1). Experiences before making decision consisted of two sub-themes: the perception of seriously ill, close to death, and had no other options; and prolonging one's life, 2) Decision- making factors toward renal replacement therapy consisted of two sub-themes: the best available treatment and the decision time depends on many factors, and 3) Experiences after decision making. Patients experience stress after renal replacement therapy due to costs and lifestyle changes.

The findings of this study provided a vivid and better understanding of first decision-making experience of renal placement therapy from elders with end stage renal disease perspectives. This information is crucial for planning interventions relevant to elders' perspective as well as to ease up the difficulty time according to the renal replacement therapy plan.

Keywords: elders with end stage renal disease/renal replacement therapy/decision making

Article info: Received: February 8, 2025, Revised: April 21, 2025, Accepted: April 24, 2025

* Corresponding author: Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: wilaipun.som@mahidol.ac.th

** Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Registered Nurse, Nursing Division, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Northeastern University

***** Lecturer, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในระดับโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะในระยะท้าย (End Stage Renal Disease) เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขปี 2565¹ พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องบำบัดทดแทนไตมากถึง 62,386 ราย รวมทั้งในการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ความชุกผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) และฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นจากด้วยวิธี PD 7,860 ราย HD 3,0291 ราย เป็นด้วยวิธี PD 24,439 ราย และวิธี PD 86,325 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี² จากอุบัติการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

การดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อ่อนอายุ 60 ปี และมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ³ โดยเกิดจากความเสื่อมของไตหรือความสามารถในการทำงานของไตผิดปกติ จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปอย่าง

ต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกรองของไตเหลือน้อยลงกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที เมื่อมีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะมีการสะสมของยูเรียและครีเอตินินใน กระแสเลือดเป็นจำนวนมาก³ ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ในแต่ละระบบของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ และยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาที่ยาวนาน และต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ร่วมกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เต็มที่

เนื่องด้วยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และมีการเสื่อมสภาพของไตอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) เป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ลดอาการแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค^{3,4,5} ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ หากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่จะช่วยในการควบคุมโรคได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตที่ นิยมรักษากันมี 2 วิธี คือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ทั้ง 2 วิธี จะช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตประจำวันเป็นไปตามปกติได้มากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ³

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตจากมุมมองและประสบการณ์ในการเลือกการรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังยังมีการศึกษาน้อย งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเรื่องการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองในด้านร่างกาย อารมณ์ การใช้ยา การควบคุมอาหาร และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ^{6,7,8} การศึกษาเชิงคุณภาพจากงานวิจัยนี้จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ในการเลือกการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุเองนอกจากการตัดสินใจให้การรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในการเลือกการบำบัดทดแทนไต” ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งการให้ความรู้เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมากที่สุดและช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย

เรื้อรังที่ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal และคณะ (1984)⁹ โดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีกระบวนการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยนี้ตามลำดับขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (Illness Representation) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการเผชิญปัญหา (Action planning and Coping) ตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Appraisal) เป็นการประเมินวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหา จะเห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ค่าการทำงานของไตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง โดยมีอำนาจทดสอบที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทดสอบ 5 ตัวแปร นำไปเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการบำบัดทดแทนไตครั้งแรก ณ แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องครั้งแรก 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สามารถอ่านเขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 3) การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ปกติ สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังประเมินโดยใช้แบบทดสอบ

สมรรถภาพสมองของไทย (Mini-Mental State Examination - Thai: MMSE - Thai) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับกรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัด

กรองกลุ่มตัวอย่าง

คัดกรองโดยใช้ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เพื่อประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษา รายได้หลักต่อเดือน ความเพียงพอ

ของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ค่า GFR ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับย่อของ พิมพา เทพวัลย์ (2011)¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1). การรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive Representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Continuous Linear Scale) 0-10 คะแนน โดยมีข้อคำถามทางด้านบวก ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง และข้อคำถามทางด้านลบ ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง และ 2). การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Representation) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวล และภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยมีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา

คำแก้ว (2004)¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่ประเมินความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร แบบสอบถามนี้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 120 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 โดยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนน โดยรวมทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากเจ้าของและผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่มีการยอมรับว่ามีเป็นมาตรฐานจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแต่ได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief-IPQ) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.875 และ 0.828 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.Si087) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว

จากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาพยาบาล โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอ
ในภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บ
รวบรวมข้อมูลในพื้นที่ทำการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้
ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหอ
ผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการคัดกรอง
รายชื่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อแนะนำตนเองและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย
ตามเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย
ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับ
ภาษาไทย (MMSE-Thai) เพื่อประเมินความ
ผิดปกติด้านการรับรู้ หากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมี
คะแนนรวมของแบบทดสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด
ไว้ผู้วิจัยคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและ ดำเนินการ
สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายแบบสอบถาม
ให้เป็นที่เข้าใจก่อนกลุ่มตัวอย่างจะทำการตอบ
แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัด
เรื่องสายตา ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบ ใช้เวลาในการตอบ
แบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที หลังจาก
เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว
ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ
ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

5. หลังจากเก็บข้อมูลการวิจัยเชิง
ปริมาณเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
วิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก
(In-depth Interview) ใช้เวลาประมาณ 45-60
นาที ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับ
การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียมหรือวิธีการล้างไตทางช่องท้อง
อย่างต่อเนื่องครั้งแรกและการบันทึกเทป
นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนด
ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ
นัยสำคัญ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistical)
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการ
ศึกษา โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment
correlation coefficient) การวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงคุณภาพโดยนำข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง
มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำเป็นข้อความ
จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิค
Triangulation โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ว่ามีข้อมูล

ที่สอดคล้องกันหรือไม่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จำแนกถ้อยคำหรือข้อความ ที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น แล้วนำมาตีความ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ด้วยหลักแห่งเหตุผล สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction Analysis) เพื่ออภิปรายถึงข้อเท็จจริงที่ค้นพบตามสภาพการณ์ ปรากฏการณ์ ความสัมพันธ์ และประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 70.08 ปี (S.D.=6.83) และมีอายุระหว่าง 60-86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.41 ประเภทผู้ดูแลหลักร้อยละ 43.9 เป็นญาติ พี่น้อง และร้อยละ 31.8 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.1 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.41 มีสิทธิการรักษาต้นสังกัดจากราชการ มีเพียงร้อยละ 4.88 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 39 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวเดือนละ 39,138.37 บาท (S.D.=50686.11) มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพียงพอและเหลือเก็บ มีจำนวนร้อยละ 24.4 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะท้าย โดยมีค่าปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) อยู่ระหว่าง 13.5-112.6 mg/dl ค่าเฉลี่ย 56.3 (S.D.=24.41)

ค่าการทำงานของไต Creatinine อยู่ระหว่าง 2.87-19.59 mg% ค่าเฉลี่ย 8.06 (S.D.=3.27) (Creatinine: Cr ค่าปกติ 0.55-1.18 mg%) และค่าอัตราการกรองของไต (GFR level) อยู่ระหว่าง 2.22-20.90 ค่าเฉลี่ย 6.91 (S.D.=3.85)

1.3 การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และคะแนนรวมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนรวมการรับรู้การเจ็บป่วยตั้งแต่ 29-77 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย 53.57 คะแนน (S.D.=10.72) มีคะแนนรวมการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ 20-80 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 63.16 คะแนน (S.D.=13.19) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้คุณค่า และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 16.46 (S.D.=3.39), 16.95 (S.D.=3.80), 15.26 (S.D.=4.02), 14.49 (S.D.=4.36) ตามลำดับ

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การเจ็บป่วยและ ค่าการทำงานของไต

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าการทำงานของไตในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ค่าอัตราการกรองไตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.226, 0.347, p \leq 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา ($r = 0.260, p \leq 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r = -0.225, p \leq 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต ได้แก่ ระดับการรู้คิด ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.094, .107, -.030, -.152, p \geq 0.05$ ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1 Correlation between Personal factors, Illness perception, perceive of social support and Renal function among Family Caregivers and Elders with End Stage Renal Disease analyze by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. (n=82)

Factors	1	2	3	4	5	6
1. Age	1.000					
2. Cognitive Status	-.265*	1.000				
3. Education level	-.417**	0.311*	1.000			
4. Illness perception	-0.116	0.173	0.226*	1.000		
5. Perceive of social support	-0.225**	-0.023	0.260*	0.347*	1.000	
6. GFR Level	0.245**	-.094	.107	-.030	-.152	1.000

*p value ≤ 0.01 level ** p value ≤ 0.05 level

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าประสพการณ์ในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสพการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต 2) ปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 3) ประสพการณ์หลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 5 ประเด็นย่อย คือ 1) รับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น 2) ยื้อชีวิต 3) การรักษา

ทางเดียวที่ดีที่สุด 4) ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 5) ความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ประสพการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การรับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น และ 1.2 การยื้อชีวิต ดังนี้

1.1 รับรู้ว่าใกล้ตาย ไม่มีทางเลือก ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีอาการหนัก รู้สึกทรมานเหมือนใกล้ตาย ได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยวิธีการอื่นนอกจากการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดหรือฟอกไตทางช่องท้อง

“ลุงเหนื่อยหายใจไม่ทั่วท้องและมีอาการนอนไม่ได้ เป็นแบบนี้อยู่ 2 ครั้งจนครั้งที่ 3 ไปทานข้าวที่ห้างกัน ลุงเดินไปได้ 2-3 ก้าวก็เหนื่อยมากหายใจไม่ออก...” “ก็มันไม่มีทางเลือกแล้วครับมันบวม มาก ทำให้หัวใจผมกำเริบจนมันอาจจะหยุดเต้น มันจะช็อค” “...พอมาสูดท้ายหมอบอกว่าค่าไต เลือดไม่ดีขึ้น 4.8 แต่ค่าอะไรอีกอย่างเนี่ย มันรื้อยนี้ ต้องทำแหละคุณลุง...”

1.2 ยี่ชีวิต ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีเมื่อเป็นโรคไตระยะสุดท้ายมีแต่รอวันตายถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยญาติและผู้ดูแลต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตเพื่อที่จะได้มีชีวิตยืนยาวและอยู่ด้วยกันต่อไป “ก็อยากให้เขาอยู่นาน ๆ ค่ะ” (ลูกสาวและภรรยาร้องไห้พร้อมกัน) “...เราต้องรักษาชีวิตเขาไว้ก่อนกลัวว่าถ้าจะมาถึงอาจจะไม่ทันแล้วก็คิดว่าอยู่ในมือหมอ แล้วน่าจะปลอดภัย”

ประเด็นหลักที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด และ 2.2 ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย ดังนี้

2.1 การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด ผู้สูงอายุคิดว่าการบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดหรือฟอกไตทางช่องท้องเป็นวิธีการเดียวที่สามารถรักษาและบรรเทาความรุนแรงจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุเป็นได้ ร่วมกับการมีข้อจำกัดทางสุขภาพหรือไม่มีการรักษาวิธีอื่นที่ดีกว่าทำให้ต้องตัดสินใจรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไต “...การล้างไตก็มี 2 อย่างใช้ไหมครับทางเส้นเลือดนี้ผมทำไม่ได้เพราะข้อจำกัดของ

การเป็นโรคหัวใจ จึงทำให้ผมฟอกเลือดทางเส้นเลือดนี้ไม่ได้” “โห้ บวมเลยทั้งหน้าทั้งตัวก็กินยา ทั้งฉีดยาทั้งกินเลยนะตอนนั้น ก็เอาไม่อยู่ แต่ก็ยังบวมไม่ลด ยังหนักอยู่ครับ คุณหมอก็เลยบอกว่าอย่างนี้ต้องฟอกแล้วละเพราะไตไม่ดีแล้ว” “เขาก็บอกว่าถ้ามันสามารถดึงไปก่อนได้ก็รื้อไปก่อนได้ไหม...(จนสุดท้ายร่างกายไม่ไหวแล้วมันก็เลยต้องทำ มันไม่มีให้เราเลือกแล้วก็เลยทำ)...ครับ (หัวเราะ) ประตุ สูดท้ายแล้ว” “คุณหมอไม่ได้บอกว่า ต้องฟอกเลือดตั้งแต่แรกก็ทราบว่าเป็นโรคไต แต่ที่ไปฟอกไตเพราะว่ามันแน่นอึดอัด บวมทั่วตัว และไม่มีคนแนะนำว่าจะต้องทำอะไร เพียงแต่คิดว่าเป็นโรคไตก็ต้องฟอกเลือดจึงได้ตัดสินใจฟอกเลือดตั้งแต่แรกเลย และได้หาวิธีการรักษาอื่น...”

2.2 ระยะเวลาการตัดสินใจใช้หลายปัจจัย ระยะเวลาในการตัดสินใจนั้นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ขึ้นกับ 8 ปัจจัยคือ (1) ญาติ (2) ค่าใช้จ่าย (3) ความกังวล/กลัว (4) การรู้จริงและมั่นใจ (5) การมีประสบการณ์การรับข้อมูลในทางลบ (6) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ/ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (7) อาการของผู้สูงอายุ และ (8) การรักษาทางเลือกอื่นๆ ดังนี้

1) ญาติ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าญาติเป็นบุคคลสำคัญและเป็นผู้ที่ช่วยในการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต “หลายคนครับทั้งลูกทั้งพี่สาวทั้งใครต่อใครก็มาปรึกษากันว่าจะเอาอย่างไรกันดี ตอนที่เขามาเยี่ยม” “ครับ ก็ เชื้อ หมอ นี้ ก็ ภรรยาหนู น ด้วย...” “ก็ไม่นานค่ะ ก็เรียกว่าตัดสินใจเร็วแหละค่ะ พอบอกป๊าก็ลูกสาวมาด้วยเช่นกัน ลูกสาวก็สนับสนุนเลย บอกแม่ ทำเถอะ” “ลูกก็ บอกว่า ถ้าเรา

ทำแล้วจะทำให้ชีวิตเราดีขึ้น จะได้ใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้อีกไม่ต้องกังวลประมาณนั้น”

2) ค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่ายในการบำบัด ทดแทนไตเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต โดยรับรู้ว่าการรักษานี้ต้องทำต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ทำให้ค่าใช้จ่ายเป็นหนึ่งในปัจจัยการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต “...แล้วลูกสาวก็สนับสนุนเพราะลูกสาวสอบได้ราชการครูสามารถเบิกค่ารักษาได้ ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ซึ่งครอบครัวมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะตอนนี้จากเคยทำงานได้ 2 คน เหลือลูกสาวทำงานได้คนเดียว” “ครับ ก็คิดว่าถ้าต้องทำตลอดชีวิตเนี่ยมันลำบาก ค่าใช้จ่ายก็สูง” “ตั้งแต่เป็นโรคไตมานั้น ได้ขายบ้านไปหมดแล้วเพราะสิทธิของตัวเองไม่สามารถเบิกได้ ตอนนี้อยู่บ้านเช่าโดยมีลูกสะใภ้ยกค่าเช่าให้และตัวเองมีลูกชายแค่คนเดียว”

3) ความกังวล/กลัว ความวิตกกังวล และความกลัวการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดเป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้สูงอายุตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา โดยให้ข้อมูลว่ากลัวไม่ยอมทำหรือกลัวว่าทำแล้วไม่ทราบว่าจะมีผลต่อร่างกายอย่างไร “...เรื่องร่างกายเราไม่พร้อม แล้วใจเราก็ไม่ยอมทำด้วย” “รู้สึกวิตกกังวลเพราะว่าห่วงลูก แล้วก็ห่วงโรงเรียนที่เรา กำลังทำอยู่ ลูกน้องตั้ง 20 กว่าชีวิตที่เราดูแลอยู่ ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา 10 กว่าปี แต่มาดอนหลังคุณหมอก็คือเห็นว่าให้ดูแลตัวเองนะ ตอนนั้นก็ คิดในใจ และก็ คิดกับ ลูก ๆ ว่าถ้าจะต้องให้เจาะล้างเนี่ยตายซะดีกว่า”

4) การรู้จริงและมั่นใจ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการได้รับความรู้และข้อมูลจากพยาบาลทำให้มีความมั่นใจในการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต “เกือบปีแล้วคุณหมอบอกว่าอย่าเพิ่งคิดอะไรมาก เดี่ยวจะส่งให้ไปดูที่ ห้องล้างไต แล้ว ก็มีคนมาอธิบาย แล้วก็บอกว่าไม่ได้ร้ายแรงหรือน่ากลัวนะ หมอเขาก็พามาดูคนไข้ มาดูเครื่องอุปกรณ์ มันก็ทำให้เราเนี่ยมั่นใจว่า เราล้างแล้วเราต้องดีขึ้น” “พอมารู้คุณพยาบาล แล้วเนี่ยมันก็ได้เป็นอย่างดีที่เราคิด” “ก็มาพบคุณพยาบาลเนี่ยแหละค่ะ เขามาเปลี่ยนความคิดเปลี่ยนมุมมองของเราและได้ข้อมูลได้เห็นคนที่เขาล้างได้คุยกับเขา มีป้าคนหนึ่งอะล้างมา 10 ปี แล้วยังแข็งแรงสดชื่นอยู่เลย ล้างทางช่องท้องเนี่ยแหละค่ะ ก็ ฟังจากหลายๆ คนด้วยก็ ทำให้เรามีความมั่นใจขึ้น”

5) การมีประสบการณ์การรับข้อมูลในทางลบ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ข้อมูลเชิงลบจากการที่เคยเห็นผู้ป่วยอื่นทำแล้วไม่ดีหรือการเห็นสภาพผู้ป่วยอื่นที่มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรักษา ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต “แล้วคราวหลังสุดเนี่ยท่าน (หมอที่รักษา) ก็บอกว่าไม่ได้นะครับ ผมไม่ได้พูดเล่น ๆ นะครับมันอันตรายนะครับ เราก็มาคิดคือตอนนั้นเห็นตัวอย่างของคนที่ไม่ล้างไตอะคือสภาพ หรือคุณภาพชีวิตเขาเนี่ยมันไม่ดีเลยคือมันแย่ไปเรื่อย ในใจ

ก็เลยคิดว่าถ้าจะต้องล้างไตก็ตายดีกว่า” “ประกอบกับตอนนั้นไปเห็นที่คลินิกะ บางคนแขนก็บวมมาก เจาะคอ ทำให้มันคิดลบในความรู้สึกอะ คิดเลยว่าถ้าล้างก็คือรอวันตายเท่านั้น” “มันเคยเห็นที่ระยอง และคนอื่นๆที่เคยทำแล้วเรารับไม่ได้อะ สงสารจากคนที่สดชื่น ต้องมานั่งรถเข็น หน้าตาเนี่ยหมองคล้ำ แล้วเหมือนอยู่ไปวันๆ ธรรมดาทำอะไรไม่ได้”

6) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ข้อมูลเชิงบวกจากการที่เคยเห็นผู้ป่วยอื่นทำ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การกำกับผู้ป่วยที่เคยได้รับการบำบัดทดแทนไตแล้วมีอาการดีขึ้น หรือมีความรุนแรงของโรคลดลงจากการได้รับการบำบัดทดแทนไต “...พี่น้อง (เพื่อนผู้ดูแล) เขามาคู่ว่าแม่เขาก็ทำนะ ก็ใช้ชีวิตได้ปกติ พอหลังจากฟอกเขาก็กินอะไรก็ได้” “...เรารู้สึกว่าคนเป็นโรคไตต้องล้างไต เพราะว่ามีญาติเคยล้างไต แต่เป็นญาติทางสะใภ้ เป็นคุณป้าก็ตายตอนแก่ๆ ก็เข้าใจเรื่องนั้นโอเคเต็มใจไม่มีปัญหา”

7) อาการของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ตัดสินใจได้รับการบำบัดทดแทนไตจากการรับรู้อาการที่ตนเป็น โดยตัดสินใจรับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่ตนมี “คือตอนนั้นร่างกายผมมัน.....ที่ว่าตัดสินใจล้างตอนนั้นเพราะหมอเขาบอกว่ต้องล้างแล้วตอนนั้นผมบวม” “ตอนนั้นเราคิดว่าเราเป็นโรคหัวใจเราเดินไม่ได้แล้วเดินแค่ 3-4 ก้าวต้องนั่ง เราเหนื่อยมากแล้วก็ซีดด้วย คือสงสัยอยู่ว่าเราเป็นคือเราคิดไว้อยู่พอจะรู้นะ

ว่ามันอาจจะเป็นไต เพราะว่าปัสสาวะก็มีฟองลมหายใจก็มกลืน แล้วก็บวมค่ะ ถ้าก็บวมหน้าบวมอะไรเงี้ย...” “อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่ได้ คืออาการครบสูตรของโรคไตเลย” “...ก็ปล่อยๆ มาจนมันรู้สึกแบบอาการมัน เพิ่มขึ้นอะ จะรู้สึกเหนื่อยง่าย

8) การรักษาทางเลือกอื่นๆ

ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตภายหลังจากการที่เลือกใช้วิธีการรักษาทางเลือกอื่นแล้วไม่สามารถบรรเทาอาการที่ตนเองเป็นได้หรือทำให้อาการทรุดมากขึ้นจึงเลิกใช้วิธีการรักษาทางเลือกและมารับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือดแทน “ไปเจอคนที่โรงพยาบาลเนี่ยครับ ตอนเจาะเลือดไปนั่งคุย เขาบอกเป็นวิทย์หาหนทางพี่ชายเขาเป็นแล้วหายแล้วเราก็กเลือกทำ (ดื่มน้ำใ้่น้ำ) เพราะเราคิดว่ามันน่าจะหาย”

ประเด็นหลักที่ 3 ประสิทธิภาพหลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ภายหลังจากที่ตัดสินใจรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตแล้วผู้สูงอายุมีความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเครียดทั้งจากค่าใช้จ่ายและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังการรักษา ดังนี้

3.1 ความเครียดจากค่าใช้จ่ายในการรักษา “หมดแล้ว หมดตั้งแต่ตอนที่อยู่โรงพยาบาล. หมดไปประมาณ 3,000,000 กว่า ขายบ้านขายที่อะไร จนหมดเลยอะ” “รวมของทั้งหมดก็ 7,000,000 กว่า ตอนนี้อยู่ก็ยังเป็นหนี้เดือนละ 49,000 ทุกเดือน” “คิดมาก

นอนไม่หลับ เพราะว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา เดิมนั้นคนไข้ฟอกเลือดอาทิตย์ละ 3 ครั้ง” “รู้สึกว่ายากตาย เพราะว่าอยู่ไปก็มีแต่เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำอะไรก็ไม่ได้ ทำให้คนอื่นลำบาก และเสียใจที่ตัวเองเป็นโรคไต”

3.2 ความเครียดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังการรักษา: ชีวิตทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางการดำเนินชีวิตทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมทางกายและทางจิต การมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับคนในครอบครัวน้อยลง “กังวล เครียด เรื่องที่เคยทำได้แล้วมันทำไม่ได้ แต่ก็ทำอะไรได้ ต้องให้เขามาทำให้แทน แล้วก็วางเฉยไป เฉยแต่ตัวนะแต่ใจมันไม่เฉย” “ก็อึดอัด บางทีก็นั่งหลบเขา ไม่อยากเห็นเขา (ภรรยา) ลำบาก” ทำทางน้ำตาคลอ เสียงสั่นๆ “ก็มีอย่างหนึ่งคือ เราไปเที่ยวไม่ได้ ไปเที่ยวไกลๆไม่ได้” “...ก็จะคุยน้อยลง ก็เพื่อนจะรู้ว่าแบบไม่สดชื่น แล้วก็เคยทานอาหารบำรุงอะไรก็ไม่อยากทานแหละ ครีมบำรุงก็ไม่สนใจแล้ว” “ลูกสาวก็เครียดด้วย ลูกๆเครียดกันหมด อีก 2 คนก็เป็นห่วงเขาก็พยายามไปหาอาหารเสริมมาให้กินอะ แม่ทานไม่ลงทานไม่ได้ บอกให้คุมอาหารอย่างเดียว บอกแม่กินไรไม่ได้ จะเอาแรงที่ไหนมาหละ” “เมื่อก่อนคนไข้สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำเอง แต่ตอนนี้คนไข้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงจำเป็นจะต้องมีคนดูแล เช่น อาบน้ำ สระผม และช่วยในเรื่องของการขับถ่าย เพราะว่าตัวคนไข้เองเดินไม่ได้แล้ว”

การอภิปรายผล

1. ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจในการเลือกการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือทางช่องท้องแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต 2) ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 3) ประสบการณ์หลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 5 ประเด็นย่อย คือ 1) รับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น 2) ยื้อชีวิต 3) การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด 4) ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 5) ความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการหนัก ใกล้ตายนั้นสอดคล้องกับผลทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 เป็นระยะท้าย มีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 โดยการแบ่งระยะโรคไตเรื้อรังนั้นแบ่งเป็น 5 ระยะ¹² ในระยะที่ 1 ค่าการทำงานของไตจะมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ไตผิดปกติแต่ยังทำงานดี ระยะที่ 2 ไตทำงานลดลงเล็กน้อย ค่าไตจะอยู่ระหว่าง 60-89 ระยะที่ 3a ค่าไตเท่ากับ 45-59 ไตทำงานลดลงปานกลางระดับหนึ่ง ระยะที่ 3b ค่าไตเท่ากับ 15-29 ไตทำงานลดลงปานกลางระดับสองส่วน ระยะที่ 4 ค่าไตเท่ากับ 15-29 ไตทำงานลดลงมาก การรักษาแบบประคับประคองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายคือการบำบัดทดแทนไต^{3,12} จึงสอดคล้องกับที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีทางเลือกอื่นในการรักษา

นอกจากการบำบัดทดแทนไต ร่วมกับการ
คั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวน
มากส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีการ
รับรู้ตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย มีอาการแสดง
ทางกายต่างๆมากขึ้นสอดคล้องกับอาการแสดง
ในผู้ป่วยโรคไตระยะท้าย³ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย
เหนื่อยล้า มีความสามารถในการทำหน้าที่ของ
ร่างกายลดลงไม่สามารถตอบสนองความต้องการ
ได้ตามปกติ ถ้าไม่รักษาจะเสียชีวิตญาติและตัว
ผู้สูงอายุเองไม่อยากเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน
และอาการดังกล่าวจึงต้องทำการยืดชีวิตด้วยการ
ตัดสินใจฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง
ซึ่งเป็นการรักษาทางเดียวที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุไต
วายระยะท้าย โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการ
ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตต่างกันในแต่ละ
รายขึ้นกับ ญาติและค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้จ่าย
รักษา ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
ของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยไตวาย
ในระยะท้ายจะมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นตาม
การดำเนินของโรค ญาติและผู้ดูแลมีส่วนสำคัญ
ในหลายด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลในระหว่าง
การรักษาไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองด้านอาหาร การป้องกันภาวะน้ำเกิน
 เป็นต้น¹³ การช่วยตัดสินใจทางเลือกในการรักษา
นอกจากตัวผู้สูงอายุเอง โดยเฉพาะการเลือกล้าง
ไตทางช่องท้องซึ่งจะต้องพึ่งพาญาติในการล้างไต
หรือแม้แต่การฟอกเลือดก็ต้องให้ญาติเป็นผู้พา
มาฟอกเลือด นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายในการ
รักษา ซึ่งต้องรักษาต่อเนื่อง การบำบัดทดแทนไต
มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก การมาใช้บริการล้างไต
ทางช่องท้องมีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,820.82 บาท

ต่อครั้ง¹⁴ ถ้าฟอกเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง
ต่อสัปดาห์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000 -
30,000 บาทต่อเดือน ในแต่ละครั้ง จะอยู่ที่
ครั้งละ 1,500 – 1,700 บาท และในหนึ่งสัปดาห์
จำเป็นจะต้องฟอกเลือด 2 – 3 ครั้ง จะมี
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3,000 – 5,100 บาท
หรือเฉลี่ยรายเดือนอยู่ที่ 12,000 – 20,400 บาท
^{14,15} เป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มี
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล บางรายต้องขาย
สินทรัพย์เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา
นอกจากนั้นความกังวลหรือกลัว การรู้จริงและ
มั่นใจในการล้างไต รวมทั้งการมีประสบการณ์
การรับ ข้อมูล ในทางลบ การได้รับ
ข้อมูลเกี่ยวกับการฟอกเลือดหรือล้างไตและมีการ
พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพบกับผู้ที่เคย
ได้รับการบำบัดทดแทนไต และอาการของ
ผู้สูงอายุก่อนที่จะต้องบำบัดทดแทนไตรวมทั้ง
การแสวงหาทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ ก่อนที่
จำเป็นจะต้องรับการบำบัดทดแทนไตก็เป็นปัจจัย
ที่ช่วยผู้สูงอายุและญาติในการตัดสินใจเลือก
บำบัดทดแทนไต นอกจากนั้นผู้สูงอายุและญาติ
ยังต้องเผชิญกับภาวะเครียดภายหลังการรับการ
บำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นวิธีการฟอกเลือด
หรือล้างไตอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁶
ที่พบว่าการรักษาโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยน
ไตเป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแล
นอกจากการมีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคไต
เรื้อรังของผู้ป่วย ($P < 0.05$)

2. ปัจจัยการตัดสินใจเลือกการบำบัด
ทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัย

ส่วนบุคคล ค่าการทำงานของไต การรับรู้การเจ็บป่วย และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 82 คน เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 70.08 ปี (S.D.=6.83) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.41 ผู้ดูแลหลักร้อยละ 43.9 เป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 31.8 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 34.1 ร้อยละ 63.41 มีสิทธิการรักษาต้นสังกัดจากราชการ ร้อยละ 39 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวเดือนละ 39,138.37 บาท (S.D.=50686.11) กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR level) อยู่ระหว่าง 2.22-20.90 ค่าเฉลี่ย 6.91 (S.D.=3.85) ซึ่งบ่งชี้ถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะไตวายเรื้อรังอยู่ในระยะท้าย (ระยะที่5)^{5,12} โดยมีค่าปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) อยู่ระหว่าง 13.5-112.6 mg/dl ค่าเฉลี่ย 56.3 (S.D.=24.41) ค่าการทำงานของไต Creatinine อยู่ระหว่าง 2.87-19.59 mg% ค่าเฉลี่ย 8.06 (S.D.=3.27) (Creatinine: Cr ค่าปกติ 0.55-1.18 mg%) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย^{5,12} ที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต (GFR) ที่นำไปสู่การตัดสินใจในการบำบัดทดแทนไต แต่พบว่าการลดลงของระดับอัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) ซึ่งค่าการทำงานของไตมีผลโดยตรงต่ออาการของโรคที่ส่งผลกระทบมากขึ้นต่อตัวของผู้สูงอายุ^{5,12} สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในประเด็นที่ว่าผู้สูงอายุรู้สึกถึงการใกล้ตายจนต้องตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในการเลือกหรือปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตที่พบว่าเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เพศ อายุ มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁷ จากการศึกษาของวรรณพชร พิศวงค์¹⁸ (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเลือกล้างไตมากกว่าเพศชาย 1.1 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 0.89-1.41) ซึ่งบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความล่าช้าในการตัดสินใจมารับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย¹⁹

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา ($r=0.260$, $p \leq 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=-0.225$, $p \leq 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต ได้แก่ ระดับการรู้คิด ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=-0.094$, $.107$, $-.030$, $-.152$, $p \geq 0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญภาวะคุกคามจากโรคและการรักษาที่ซับซ้อน มีการสูญเสียสมรรถภาพร่างกาย สูญเสียภาพลักษณ์ และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่อภาวะจิตใจทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต วิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางรักษา ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ควรมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันเพื่อให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับในการประเมินและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับ หรือการยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หรือจากญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตประจำวัน และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรสังข์สีและคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบว่าความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .34, p < .01$) และการศึกษาของจันทนา หล่อตระกูลและคณะ²⁰ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .282, p < .05$) รวมทั้งการศึกษาของวนิดา วิชัยศักดิ์และคณะ (2018)²¹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและในกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเท่านั้น การนำผลการวิจัยไปใช้จึงต้องคำนึงถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาด้วย และเป็นการให้ข้อมูลย้อนหลังในประสบการณ์ขณะที่ตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตทั้งสองแบบไม่ว่าจะเป็นการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือด ผู้สูงอายุบางรายได้รับการบำบัดทดแทนไตมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจทำให้จำรายละเอียดไม่ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้สะท้อนได้ถึงประสบการณ์ในการตัดสินใจในการเลือกบำบัดทดแทนไตและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการวิจัย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตหรือลดความเครียดจากการบำบัดทดแทนไตได้

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการบำบัดทดแทนไตในมุมมองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่สะท้อนประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ทำให้บุคคลากรทางการแพทย์

โดยเฉพาะพยาบาลมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบ การพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุป

การวิจัยนี้สร้างความรู้ความเข้าใจ ในประสบการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งช่วยให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างญาติ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบการพยาบาลจากมุมมองของผู้สูงอายุ เพื่อก้าวข้าม เวลาที่ยากลำบาก สามารถที่จะเผชิญกับความเครียดและความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาเป็นระยะเวลานานของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเพื่อเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทาง สำหรับการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือ สำหรับการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการวิจัย สามารถนำไปเป็นข้อมูล ในการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพทาง การพยาบาลในการช่วยเหลือสำหรับการตัดสินใจ เลือกการบำบัดทดแทนไตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยการพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียม

ความพร้อมก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต หรือโปรแกรมในการลดและเผชิญความเครียด ในการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต และทำการ วิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. HDC- Dashboard, Ministry of Public Health. Chronic Kidney Disease new cases report.[Internet] .2024. [Cited 2025 ,January, 15] Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
2. The Nephrology Society of Thailand. Thailand replacement therapy year 2021-2022 [Internet] .2024. [Cited 2025, January, 15] Available from <http://www.nephronthai.org/wp-content/uploads/2024/08/New-Annual-report-2021-2022.pdf>
3. Pisitkul T, Tungsanga K. Overview of chronic renal failure. In: Eiemong S, editor. Nephrology. Bangkok: Sawasdee Print; 2000. p. 1,223-1,264 (In Thai).
4. Marthers, T R. Nursing management acute renal failure and chronic kidney disease. In: Lewis S, Heitkemper M, Dirksen S, Brien P, Bucher L, editors. Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problem. (7thed.). St. Louis: Mosby; 2007. p. 1197-1232.

5. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guideline for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. 2002. Available, from <http://www.kidney.or/kdoqi/guideline-ckd/toc.htm>.
6. Apiwatnakorn A, Settarakul J, Phanphaeng P. Self-care in end-stage renal disease patients who refused dialysis in Uttaradit province. *Dis Control J*. 2021; 47 (2): 363-375. (In Thai)
7. Audonthak A, Kadeevee Y. The effect of a care program for end-stage renal failure patients on outcomes of Palliative care. *Journal of Health and Environmental Eucation*. 2023; 8 (2) : 173-180. (In Thai)
8. Yin T, Chen Y, Tang L, Yuan H , Zeng X. Relationship between modifiable lifestyle factors and chronic kidney disease: a bibliometric analysis of top-cited publications from 2011 to 2020. *BMC Nephrology*. 2022; 23(12): 1-15
9. Leventhal H, Nerenz, D R, Steele, D J. Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Baum, A, Taylor, S E., Singer, J E. Editors. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health*. NJ: Erlbaum, Hillsdale; 1984. p. 219-252.
10. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive Representation, Emotional Responses and Hospitalization Experience in Predicting Decision Making for Receiving Treatment Among Patients with Acute Coronary Syndrome *J Nursing Science Journal Thailand*. 2011; 29(2): 111-119.
11. Khamkaew N. Factors predicting health promoting behaviors in chronic kidney disease elders. [MNS, Thesis in Gerontological Nursing] Chiang Mai: Graduate School, Chiang Mai University, 2004.
12. The Nephrology Society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition) [Internet] .2024. [Cited 2025, January, 15] Available from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>
13. Samrannet W, Korissaranuphab N, Chansri P. Self-management on Volume Overload in End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis Patients. *Journal of Health Research and Development Nakhonn Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2020; 6(2): 5-20. (In Thai)

14. Meesri A, Rittirod T, Tuntapakul W, Chunlertrith D, Sirivongs D. Costs Analysis of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients with the Universal Health Coverage Program of Renal Service Center, Srinakarin Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *KKU Res J (GS)*. 2013; 13(3): 78-88.

15. Sutawong J, Saeraneesopon T, Srisawat N, Isaranuwatthai W, Riewpaiboon A. Incidence, Cost and Budget Impact of Continuous Renal Replacement Therapy in Thailand. *Journal of Health Systems Research*; 2023, 17(4): 716-730. (In Thai)

16. Penlap N, Rungrirundorn T. Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2016; 60(4): 425 – 38. (In Thai)

17. Sangngern K. Factors Associated to Renal Dialysis Refusal in End-Stage Renal Disease Patients in Thongsong Hospital, Nakorn Si Thammarat. *Nakorn Si Thammarat Medical Journal*. 2023; 6(2): 102-114. (In Thai)

18. Prevalence of Chronic Kidney Patients and Factors Affecting Decision-making on Renal Replacement Therapy in the Nephrology Department of Surin Hospital in a period between 2014 and 2020. *Medical Journal Of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2021; 36(3): 675-684. (In Thai)

19. Sangsee P, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W, Mounkum S. Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage Renal Diseases. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020; 28(3): 54-65.

20. Lortajakul C, Ratanapriyanuch S, Sanamjang P. Depression, Social Support, and Quality of Life of the End Stage Chronic Kidney Disease Patients with Hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30 (3): 141-152.

21. Wichaisak W, Lueboonthavatchai P, Avihingsanon Y. Comparative study of quality of life between end- stage renal disease patients treated with dialysis and those treated with kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2018 ;62(1): 91 – 105. (In Thai)